

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**

**Especialização em Saúde da Família**

**Modalidade a Distância**

**Turma 7**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários Hipertensos e/ou Diabéticos na  
UBS Doutor Félix Bestene Neto, Xapuri/AC**

**Luana Cristina de Freitas Jerônimo**

**Pelotas, 2015**

**Luana Cristina de Freitas Jerônimo**

**Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários Hipertensos e/ou Diabéticos na  
UBS Doutor Félix Bestene Neto, Xapuri/AC**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Luíla Bittencourt Marques

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS**  
**Catálogo na Publicação**

J56: Jeronimo, Luana Cristina de Freitas

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS Doutor Félix Bestene Neto, Xapuri/AC / Luana Cristina de Freitas Jeronimo; Luíla Bittencourt Marques, orientador(a).

- Pelotas: UFPel, 2015.

99 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Marques, Luíla Bittencourt, orient. II. Título

CDD : 362.14

## **Agradecimentos**

Agradeço em primeiro lugar a Deus, que iluminou meu caminho durante esta caminhada. Agradeço os professores e orientadores, pela paciência e ajuda para concluir este trabalho e também pelos ensinamentos transmitidos, apoio, compreensão e pela amizade dedicada todo este tempo. Agradeço a minha equipe da UBS pelo apoio na realização dessas ações.

## Resumo

JERONIMO, Luana Cristina de Freitas. **Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS Doutor Félix Bestene Neto, Xapuri/AC.** 99f. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

No Brasil, as doenças cardiovasculares representam importantes problemas de saúde pública, pois é a primeira causa de morte no país. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM), constituem-se os mais importantes fatores de risco das doenças cardiovasculares. Para o controle destas doenças, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) configura-se como elemento chave no desenvolvimento das ações, através de uma equipe multidisciplinar que atua na promoção de saúde, prevenção e reabilitação de doenças e agravos mais frequentes. Este trabalho trata-se de uma intervenção realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS) Doutor Felix Bestene Neto, Xapuri/AC, entre os meses de abril a junho de 2015, com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência, tendo como base os protocolos do Ministério da Saúde para atenção aos hipertensos e diabéticos. A intervenção foi realizada abordando os quatro eixos temáticos do Curso: qualificação da prática clínica, engajamento público, monitoramento e avaliação e organização da gestão do serviço. Segundo os dados fornecidos pela secretaria de saúde, possuímos uma população de 4.278 pessoas e conforme as estimativas, destas 161 são diabéticas e 651 são hipertensas (VIGITEL, 2011). No processo de intervenção conseguimos a participação 132 usuários sendo 128 (19,7%) com hipertensão arterial e 41 com diabetes mellitus (25,5%). As ações realizadas incluíram o cadastramento dos usuários no programa, a formação de grupos de educação em saúde, a realização de atividades educativas, visitas domiciliares, orientações sobre atividade física, alimentação saudável, saúde bucal e capacitações da equipe multidisciplinar. Alcançamos ainda uma proporção de 99,2% dos hipertensos e 100% dos diabéticos com os exames clínicos em dia segundo o protocolo do Ministério da Saúde, 23,4% de hipertensos e 26,8% dos diabéticos com exames complementares em dia e 100% da prescrição farmacológica para ambos os grupos. Conseguimos 48,4% para os hipertensos e 58,5% para os diabéticos nas ações das avaliações odontológicas e 80,9% dos hipertensos e 67,9% dos diabéticos com a busca ativa dos faltosos. Mantivemos 100% dos hipertensos e diabéticos com as fichas de acompanhamentos em dia, estratificação de risco, orientação sobre alimentação saudável, sobre orientação nutricional, sobre a importância de atividade física, sobre os riscos do tabagismo e higiene bucal. Após essas ações, nós conseguimos ter uma visão mais ampla da comunidade e dos usuários que apresentam essas doenças, além de estimular e facilitar o acesso dos usuários para o atendimento na unidade com uma melhor qualidade. Conclui-se que o trabalho realizado já foi incorporado à rotina do serviço, melhorando o estado de saúde dos usuários hipertensos e diabéticos, proporcionando uma qualidade de vida saudável para os mesmos.

**Palavras-chave:** saúde da família; atenção primária à saúde; doença crônica; diabetes mellitus; hipertensão.

## Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso.	69
Figura 2	Cobertura do programa de atenção ao diabético.	70
Figura 3	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	72
Figura 4	Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	73
Figura 5	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	75
Figura 6	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	75
Figura 7	Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	77
Figura 8	Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.	77

### **Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos**

ACS	Agente comunitário da Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
ESB -	Equipe de Saúde Bucal
ESF -	Estratégia da Saúde da Família
DM	Diabetes Mellitus
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
NASF	Núcleo de Apoio à ESF
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade de Saúde da Família

## Sumário

Apresentação .....	8
1 Análise Situacional .....	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	9
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	22
2 Análise Estratégica .....	23
2.1 Justificativa.....	23
2.2 Objetivos e metas.....	24
2.2.1 Objetivo geral.....	24
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	24
2.3 Metodologia.....	26
2.3.1 Detalhamento das ações .....	26
2.3.2 Indicadores .....	45
2.3.3 Logística.....	52
2.3.4 Cronograma .....	54
3 Relatório da Intervenção.....	61
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	61
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	66
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	67
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	67
4 Avaliação da intervenção.....	68
4.1 Resultados .....	68
4.2 Discussão.....	81
5 Relatório da intervenção para gestores .....	84
6 .Relatório da Intervenção para a comunidade.....	87
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	90
Referências .....	92
Anexos .....	96



## **Apresentação**

O volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas. O trabalho foi constituído por uma intervenção com o objetivo de melhorar a Atenção à Saúde da pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, UBS Doutor Felix Bestene Neto. O trabalho está organizado em sete unidades sequenciais e interligadas. A primeira unidade é a análise situacional, parte fundamental para formular as diretrizes do TCC. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas. A quarta seção compreende a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4. A quinta e sexta parte referem-se ao relatório da intervenção para os gestores e comunidade, respectivamente. Na sétima e última parte consta a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho.

## **1 Análise Situacional**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS**

A unidade básica de saúde (UBS) em que atuo se encontra no estado do Acre no município de Xapuri, mais conhecido como a princesinha do Acre, cidade do Chico Mendes. A UBS doutor Félix Bestene Neto, conta com 1.160 famílias cadastradas até o momento e uma população estimada 4.278 pessoas, sendo a maior parte da zona rural e pouco percentual de zona urbana.

Eu comecei a trabalhar neste município ao final de março. O local onde atuo, apesar de ter sido construído como uma UBS, ela ainda não atua como tal, pois ao invés de se trabalhar com a prevenção da saúde, o mesmo trabalha com pronto atendimento e livre demanda. Além disto, não possuímos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

A UBS ainda não funciona como Estratégia de Saúde da Família (ESF) e somente estava trabalhando com pré-natal, que no município a maioria dos casos é de gravidez de risco em adolescentes. Espero muito trabalhar para prevenção destes casos nas escolas. Ainda não posso atuar na comunidade porque meu gestor não permite e diz que só será possível quando a UBS estiver com agentes comunitários de saúde.

Na unidade há atenção odontológica e realização de exames complementares, mas não abordam todos os exames, somente: leucograma, plaquetas, escarro, urina, sorologia para hepatites, VIH, toxoplasmose, VRDL, tipagem sanguínea, sorologia para dengue, fezes, teste de monte negro, ultrassonografia. Isso é muito ruim para o usuário já que todos são de nível econômico baixo.

Outros dos nossos problemas são encaminhamentos para um especialista, pois demora até um ano, fica difícil trabalhar com estas condições. A farmácia

também é outro item que deveria modificar. Temos um alto índice de doença psiquiátrica e não temos nenhum medicamento na farmácia do SUS. Estes temas já foram tratados com secretário de saúde do município que nos garantiu a gestão dessa situação.

Com relação à equipe, percebo que esta não estava preparada para atuar com atenção primária. No começo foi muito difícil, pois eles estavam acostumados com médicos que atendiam os usuários em consultas de 5 minutos. O mesmo ocorria com os usuários, que demoraram a compreender que as consultas não deveriam somente focar na doença e sim no aspecto geral do usuário enquanto ser biopsicossocial.

A UBS está em reforma e espero estar com minha equipe na unidade nova para trabalhar com promoção e prevenção na comunidade.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

O nome do município é derivado de uma tribo indígena chamada Xapury, que fica localizado no sudeste do estado do Acre. Situa-se na microrregião de Brasileia, mesorregião do vale do alto acre, cidade histórica. Xapuri é considerada o berço da revolução acreana e o símbolo do movimento ambientalista mundial, também é mundialmente conhecida por seu filho mais ilustre o seringueiro e líder Chico Mendes.

Fundado em 22 de Março de 1905, o Município de Xapuri, está localizado a 190 km da capital Rio Branco, possui uma área de 5.347 km<sup>2</sup>, equivalente a 1,03% da área total do estado. Limita-se ao leste com o Município de Plácido de Castro; ao Sul com a Bolívia; ao oeste com o município de Sena Madureira, localizados na Região do Alto Purus e ao norte Capixaba limita-se com a capital Rio Branco e com o Município de Senador Guimard (Quinari). A bacia hidrográfica de Xapuri é composta pelo Rio Xapuri e o Rio Acre. A principal via de acesso do Município é a Rodovia Federal BR – 317 a Estrada do Pacífico, que é asfaltada em toda sua extensão.

Sua economia é basicamente voltada para o setor primário e a pecuária. O município conta com uma população estimada de 17.317 habitantes, sendo 60% zona urbana e 40% zona rural (IBGE, 2010).

Atualmente o município possui cinco UBS que funcionam como modelo da saúde da família, com médicos do Programa Mais Médicos, e duas em construção totalizando 59% de cobertura da atenção básica no município. Temos à disposição da população, um laboratório e uma vez por semana um especialista em imagem vem realizar as ultrassonografias diretamente no município, patrocinado pela prefeitura municipal. Temos seis profissionais do programa mais médicos nas UBS onde cinco são cubanos e um é brasileiro. Temos também um clínico que está contratado pela prefeitura que trabalha algumas horas na semana, mas seu trabalho é mais nas unidades itinerantes.

Contamos também com três equipes de saúde bucal que atendem à demanda do município e até o momento, não temos o centro de especialidades odontológicas (CEO), mas estamos vinculados a um núcleo de apoio da saúde da família (NASF) tipo dois que ainda não está atuando como tal, pois, foi implantado há pouco tempo e ainda não foi inaugurado. Neste NASF estão vinculados os profissionais: fisioterapeuta, nutricionista, educador físico, psicólogo.

O município conta com um hospital geral estadual que disponibiliza 28 leitos para internação e presta atenção ao sistema único de saúde (SUS) contando com equipamento de raios-X, mas não realizam nenhum tipo de cirurgia, já que no município não contamos com outras especialidades médicas para realizar qualquer procedimento de cirurgia. Neste caso, o usuário tem que ser transportado para a capital Rio Branco, que fica a 182 km, mas o mesmo tem uma ambulância à disposição.

O município conta com aparelho de ultrassonografia, uma farmácia central com medicamentos do SUS para população e um laboratório onde se realizam exames sanguíneos. No momento não estamos realizando todos os tipos de exame, somente fezes, urina, tipagem sanguínea, ASLO, fator reumatoide e esputo.

A UBS está localizada em zona urbana localiza-se na rua coronel Brandão, bairro do centro. A mesma foi recém-inaugurada e mudou de centro de atendimento para Unidade de Saúde da Família, atuando na modelo saúde da família. Não temos vínculo com instituições de ensino já que a UBS foi inaugurada há pouco tempo. No momento, a UBS é composta por duas equipes onde tem dois médicos do programa, dois técnicos de enfermagem, duas enfermeiras, uma odontóloga com sua técnica, duas recepcionistas, uma auxiliar de limpeza e os agentes comunitários que ainda não foram contratados.

Referente à estrutura da UBS, contamos com duas salas dos médicos, duas salas para enfermeiras, uma recepção grande com cinco ventiladores, uma televisão, uma sala odontológica, uma sala de pré-consultas, sala de curativo junto com aparelho de nebulização, uma sala de vacina, três banheiros e um banheiro para deficientes físicos, sendo um feminino e outro masculino. A copa e o laboratório ainda estão em construção, pois não foram entregues com a reforma completa.

Com base nas Barreiras arquitetônicas da unidade, antes da reforma da unidade tínhamos dificuldades de acesso para pessoas com deficiência e agora a nossa UBS está adaptada para os mesmos. A acessibilidade também melhorou para a população idosa, apesar de ter ainda algumas falhas que não foram resolvidas, como a falta de corrimão nas rampas que ainda não possuímos.

Antes da reforma, não tínhamos figuras nas portas das salas para melhorar a atenção aos idosos que têm dificuldades para a leitura, contudo, agora já apresentamos figuras nas portas para usuários entenderem e principalmente os que não sabem ler.

Também, gostaria de ressaltar que tínhamos dificuldades com as calçadas e já estão reformando, agora podemos fazer uma consulta aos usuários com deficiência com mais eficiência. Esse é um grande ponto positivo.

A estrutura física da UBS mudou muito com a reforma, as dificuldades eram diversas, o qual está melhorando tanto no atendimento como na qualidade das consultas já que agora temos duas equipes na unidade, antes eu estava sozinha e a demanda era muito grande.

As dificuldades que a UBS apresentava no começo foram sendo resolvidas pouco a pouco com esforço e trabalho em equipe e juntamente com a secretaria de saúde do município, e o ministério da saúde (MS) que forneceu verba para a reforma do mesmo, que apesar de não está totalmente reformado já visualizamos a diferença.

Logo após realizar o questionário sobre estrutura da UBS, podemos averiguar as limitações na estrutura, a qual trazia limitações para um melhor atendimento aos usuários. Além disso, para um bom atendimento temos que ter bons materiais e isso falta, pois também temos déficit na manutenção dos equipamentos e na reposição. Um exemplo é que faz dois meses que estamos com aparelho para auscultar os batimentos cardio-fetal quebrado e ainda não me deram um novo aparelho, lembrando que somos duas equipes, o dificulta nosso trabalho.

Não apresentamos materiais e livros didáticos para ensinar os usuários adolescentes na prevenção e promoção da saúde, mas já é algo que estamos resolvendo com secretaria de saúde pedindo material didático para a promoção de palestra e realização de eventos que tenha como foco este grupo de pessoas. Não temos conexão com internet nem telefone, sendo que nos casos de urgência temos que ligar do nosso celular para transladá-los ao hospital de urgência, isso tudo dificulta para a atenção prestada aos usuários e se fossem resolvidos os atendimentos seriam muito melhores.

Com relação às atribuições da equipe, como primeiro ponto, refiro que ainda não fazemos atividades de promoção da saúde, pois estamos sem ACS, e estes, como sabemos, são nossos olhos na comunidade e é difícil fazer promoção da saúde sem estar na comunidade. Não trabalhamos ainda com processo de visita domiciliar, também não damos palestras, por não ter ainda os ACS de cada área. Assim, é muito difícil buscar grupos de risco e as famílias de prioridade para diminuir os fatores de risco de cada uma.

Devido a estas limitações, desconhecemos os casos dos usuários que chegam da internação hospitalar e como não sabemos desses casos, estes usuários ficam neste processo e sem tratamento adequado, muitos nem sabem que o município conta com uma unidade de reabilitação.

Nos casos de usuários com dificuldade de locomoção, apesar de não realizarmos ainda visitas domiciliares, nossa técnica de enfermagem tem realizado estas visitas, esta tem sido uma das estratégias para contornar essa limitação.

É essencial promover um vínculo para que usuário que frequenta a UBS se sinta acolhido tanto pela recepcionista, técnico, enfermeiro e principalmente pelo médico sem discriminação e sempre com uma resposta positiva e isso estamos trabalhando em minha equipe apesar de não está completa e possuir experiência.

Para ampliar o cumprimento de nossas atribuições, precisamos buscar estratégias de saúde e priorizar a expansão na atenção básica e qualidade das consultas, buscar seguir todas as diretrizes da atenção básica de saúde do SUS, por isso a importância de criar costume das realizações de reunião em equipe.

Ainda temos muitas dificuldades, mas em conjunto podemos fazer história na saúde brasileira. O município também está entrando com a implantação do NASF e será mais uma ferramenta de melhoria para comunidade.

Segundo as informações que temos do município, a UBS de saúde possui 4.278 pessoas na sua área de abrangência, sendo 1.967 mulheres e 2.311 homens. Com relação à faixa etária, 34 são menores de um ano, 327 de 1 a 4 anos, 223 de 5 a 6 anos, 329 de 7 a 9 anos, 506 de 10 a 14 anos, 591 de 15 a 19 anos, 1.227 de 20 a 39 anos, 426 de 40 a 49 anos, 335 de 50 a 50 anos e 280 pessoas pertencem à faixa etária dos maiores de 60 anos.

A UBS como uma equipe ainda não está completa, ainda estão em falta os ACS, os quais ainda não foram alocados. A mesma está bem adequada para recebimento dessa população e atendimento, mas, simplesmente ainda não estamos para realizar as visitas domiciliares, por conta da falta dos agentes comunitários que, acho que quando toda a equipe estiver montada o trabalho poderá ser feito com qualidade que a comunidade merece.

Com relação ao atendimento da demanda espontânea, a principal dificuldade é que como não temos ainda uma área definida, não posso fazer o agendamento dos usuários. É preciso então conhecer a população para que se tracem metas a serem cumpridas. Assim, ainda não trabalhamos com agendamento, estamos em estratégia para buscar implementar esta ferramenta importante para trabalhar, pois com agendamento as consultas são de mais qualidades.

A dificuldade maior para dar conta da demanda é que a população que vem a esta unidade pertence à zona rural, mas estamos começando recentemente a trabalhar como unidade de saúde da família. Esperamos que com a vinda dos ACS seja mais fácil lidar com a demanda espontânea que é muito alta.

O acolhimento é um instrumento muito bom para usar no trabalho diário. O usuário ao chegar à unidade, nunca receberá um não. Anteriormente os usuários chegavam à consulta, mas muitos não conseguiam retirar as fichas e iam embora com seus problemas para casa. Muitos usuários vinham de locais são horas de viagem para chegar. Muitas vezes eram somente para resolver problemas com renovação de receitas controladas e já eram barrados pelas atendedoras dizendo não temos mais fichas. Agora isto não acontece mais, os mesmos quando chegam a consulta sempre são ouvidos e caso não tem mais atendimentos na hora, solicita para retornar no próximo período (vespertino ou matutino). O profissional escuta os usuários e sabe classificar seu problema.

Para falar um pouco sobre o trabalho da unidade com crianças na faixa etária de 0 -72 meses, contamos com pouca estrutura e organização, ou seja, não

há um livro ou protocolo que fale sobre como atuar com estes usuários e a conduta adequada para uma estratégia. Como já referi, a minha unidade antes não trabalhava com prevenção da saúde e sim com pronto atendimento a livre demanda.

Estes protocolos não existiam, mas apesar de todas as dificuldades encontradas para planejamento dos trabalhos de prevenção na minha unidade, nossa meta é que até final do curso possamos montar uma estratégia para trabalhar com medidas que vão de acordo com o protocolo do MS a saúde, começando este trabalho com recém-nascido ainda em formação para poder fazer uma intervenção adequada.

Por meio do preenchimento do caderno de ações programáticas, percebi que a unidade não está trabalhando de acordo com o que o MS da saúde preconiza. Assim, estamos abaixo do percentual de atenção ao recém-nascido e puerpério. Para ficar bem claro, antes eu estava trabalhando em uma unidade emprestada, pertencendo à outra médica, e, como não tinha e ainda continuo não tendo os ACS, ainda não conseguimos realizar as visitas domiciliares, o que é um ponto negativo.

Como ainda não tenho a área específica, não posso realizar as visitas nem realizar a prevenção na comunidade, então, somente faço na UBS diretamente com os usuários que vem ao atendimento.

Temos uma estimativa de menores de um ano que não bate com a realidade vivida no atendimento, quantidade de população que segundo os dados da secretaria não está de acordo com a realidade, pois se nem sabemos a área que abrangemos como vamos saber a quantidade exata de usuários que temos nela?

Os dados da secretaria de saúde segundo o sistema de informação da atenção básica (SIAB), é que temos 4.278 usuários onde 23 são diabéticos e 186 são hipertensos. Estes dados se referem a toda à população da Ubs, no entanto os mesmos estão desatualizados, pois se referem ainda quando a UBS era centro de atendimento. Já foram solicitadas várias vezes para o secretário de saúde do município, em várias reuniões, para que nos entregue os dados atualizados correspondentes a cada equipe, mas segundo o mesmo somente poderá se atualizado quando os ACS realizar o cadastramento de cada área de abrangência. Assim, até o momento esperamos estes dados para realizar com número exato, porque até o momento não estão de acordo com a realidade vivida. Atendemos pessoas de todas as áreas, mas como mesmo comentei nem sei que área pertence à UBS onde atuo, assim como poderei saber a quantidade de usuários? Do meu



ponto de vista, se estes ACS estivessem trabalhando desde o início, as estatísticas já seriam melhores e o trabalho não começaria do zero.

No meu ponto de vista, o trabalho que desenvolvo na UBS não está de acordo com a norma do MS, apesar de sempre conversar com enfermeira sobre a realização da puericultura ao recém-nascido. De todo o tempo que estive na unidade, somente se realizou uma reunião onde discutimos caminhos para alcançar um melhor trabalho, como realizar o acolhimento. No entanto, parecer que este diálogo não adiantou em nada, pois seguimos sem fazer a atenção necessária, para melhorar a atenção a crianças.

Estaremos organizando uma reunião com a equipe e com o secretário do município para mostrar como devemos trabalhar com atenção primária, destacando o papel de cada profissional, voltado para a prevenção e promoção da saúde da família. Em minha programação, tenho um dia específico para isso, mas nunca acontece, pois, as mães vêm somente para realizar o teste do pezinho e vão embora sem realizar as consultas. Minha meta é atingir essas mães e focar na atenção as puericulturas, informar as mesmas sobre a importância da puericultura para uma melhor saúde de seus filhos. Por isso a importância das visitas domiciliares, pois naquelas mães que não comparecerem as consultas, se realizaria as visitas domiciliares.

Quero poder colocar em prática minha experiência como médica de família em Cuba e espero em breve estar realizando a consulta de acordo ao que está descrito pelo MS. Também me sinto responsável por esse cenário, por não me impor e ensinar o funcionamento do trabalho em equipe, mas é muito difícil mudar um paradigma de um grupo de pessoas que sempre trabalhou de outra maneira.

Como estratégias em relação à saúde da criança, estarei me reunindo com a enfermeira, secretária e auxiliar de enfermagem para buscar uma maneira para solucionar este problema das consultas agendadas das crianças, e assim resolver de uma vez o problema que estamos enfrentando. Pois como consequência da não organização do atendimento e demanda, as consultas estão sempre lotadas com crianças doentes e problemas no qual deveriam ter sido solucionados.

No caso das crianças menores de um ano, deve ser realizada a puericultura de acordo com seu risco com entrega do seu caderno e vacinas. Orientar as mães sobre a importância do aleitamento materno, os riscos por administração precoce de alimentos ao lactante e da importância do esquema vacinal em dia.

Ponto positivo é que agora tenho um dia específico para trabalhar com estas crianças e explicar às mães como melhorar seu desenvolvimento psicomotor e prevenir doenças agudas como a diarreia e doenças respiratórias. Já está sendo realizada palestra educativa, a primeira foi sobre saúde da mulher onde realizamos uma palestra que enfocava na importância do autoexame da mama e realização do preventivo, foi uma atividade bastante produtiva, agora vamos realizar um trabalho de ações de prevenção com usuários portadores de HAS e diabetes.

Com relação ao pré-natal, o Caderno de Ações Programáticas (CAP) estima que existam na UBS 64 gestantes, sendo que atualmente tenho 60 gestantes (94%) na unidade realizando seu pré-natal. Não foi possível o preenchimento do caderno de ações programáticas pelas dificuldades que apresentamos na unidade até o momento e por este motivo, não temos a estimativa dos indicadores de qualidade do programa. Não sabemos a quantidade exata de usuários que abrangem a unidade desde o começo e temos problemas por falta dos ACS.

Como ponto positivo, tínhamos dificuldades para realizar ações educativas para as grávidas da unidade porque antes não tínhamos espaço para realizar palestras no dia do seguimento delas, agora é mais fácil fazer esse trabalho, pois contamos com televisores, para mostrar vídeos educativos e palestras antes de iniciar os pré-natais. Já estamos com livros de grávidas onde se anota os dados da mesma, isso permite a busca das que estão com consultas pendentes ou atrasadas, apesar delas serem bastante responsável com as consultas marcadas. Contudo, não contamos com protocolo na unidade, mas sempre tentamos seguir o que diz o MS.

No caso do pré-natal, também é preciso como ações, estimular a captação adequada e diminuir a captação tardia, também realizando planejamento da família para que este filho venha ser concebido com devidos cuidados, prevenindo complicações futuras ou internações desnecessárias.

Quando você tem uma área definida e esta grávida falta uma consulta, você rapidamente se informa com o agente comunitário a causa da falta e busca ir até a mesma para conversar e saber qual problema que está levando para a mesma faltar às consultas. Após o parto da mesma, devemos continuar com o acompanhamento desta para que não haja complicações no puerpério. Assim, o ACS informa a equipe de saúde quando esta usuária já está em sua casa, onde agendamos uma visita domiciliar para esta puérpera para avaliar os sinais vitais, esclarecer as dúvidas

principalmente sobre a amamentação e realizamos um exame físico detalhado para evitar as possíveis complicações do puerpério.

No caso do livro de ações ficamos em déficit, porque não tínhamos os dados pedidos pelo caderno de ações programáticas. Também ainda não temos de onde obter, pois, não temos dados concretos para realizar preenchimento do mesmo. De fato, é muito difícil trabalhar com números que não são reais e que dificultam o trabalho de atenção, assim como realizar promoção da saúde em uma unidade que não estava adaptada para ser UBS, mas a partir de agora espero melhorar essa questão.

O CAP estima 902 usuárias 25 a 64 anos que estão em idade de risco para câncer de colo de útero e 214 usuárias de 50 a 69 anos com risco para câncer de mama, devemos buscar aquela que tem mais risco e que estão com seus exames atrasados. É necessário falar da importância do mesmo, dos riscos que a mesma corre quando não realizam os exames. Muitas usuárias apesar de viverem em uma época onde tudo se explica na internet, alguns acham que os preventivos são como uma cirurgia. Assim, sempre procuramos explicar sobre isso a fim de melhorar a adesão. Assim como também a importância do autoexame da mama mensal, e sua importância, no meu caso específico, trato de lidar com esta usuária nas consultas e sempre realizo preventivo e exame da mama e explico como realizá-lo em casa.

Na minha unidade só contamos até o momento com livro onde se anota o nome da usuária, a data de quando realizou o exame, o endereço, o telefone do lado e o diagnóstico, pois no caso de malignidade se comunica o mais rápido possível para realizar seu tratamento. Na minha unidade até o momento tivemos três casos que foram encaminhados para o centro de referência da saúde da mulher. Desde o mês de janeiro, a unidade realizou 600 preventivos (67%) em mulheres de 25-64 anos de idade, este programa é de extrema importância e deve ser realizado com muita responsabilidade, no caso do preenchimento do livro, ainda não há fontes seguras de informação para a realização do mesmo, mas estamos trabalhando e esperando nosso agente para saber as quantidades específicas de usuários na faixa etária para prevenção de câncer de colo e mama.

No caso da minha unidade, como ainda não temos uma área de abrangência específica, toda usuária que realizar o exame do preventivo têm seu nome anotado em um livro com, endereço idade e telefone para nos casos das usuárias com alteração do exame ser comunicadas o mais rápido possível. Todas que tiverem

algum tipo de leucorreia são tratadas no momento. A enfermeira da minha equipe me chama para avaliar o caso. Os resultados dos exames demoram de 2 a 3 meses por isso a importância de ter em mãos o endereço da mesma. Quando temos algum tipos de alteração benigna ou maligna as mesma são encaminhada para especialista de urgência. Até o momento tivemos três casos de alteração de colo de útero maligno.

Com relação ao exame de mamas, até o momento não tínhamos um controle das usuárias com mais de 40 anos. Agora nas consultas, temos um controle através de um livro de todas as usuárias acima dos 40 anos com nome e data da mamografia, e aquelas que não realizaram, se faz um exame de mama antes e se explica as mesmas como realizar o autoexame mensal. Indicamos a mamografia a todas e realizamos uma breve palestra sobre sinal de alerta de câncer de mama.

No caso do seguimento da HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica) e Diabetes Mellitus (DM), segundo a estimativa do VIGITEL, temos 651 pessoas com hipertensão e 161 com diabetes, muito acima dos 185 usuários com HAS e 22 usuários com diabetes mellitus segundo o SIAB. Isto acontece, pois como não contamos com os ACS, não sabemos o número correto de hipertensos e diabéticos existentes na nossa área.

Os usuários com doenças como HAS e DM anteriormente não tinham um acompanhamento adequado. Agora a este usuário oferecemos ações de prevenção nas consultas oferecendo uma consulta com qualidade e tempo necessário para que a mesma saia da consulta com satisfação. Na unidade não existem protocolo de HAS ou DM, sempre tratamos de seguir o estabelecido pelo. Como ainda não realizamos visita domiciliar, não tenho a área de abrangência e não posso fazer um seguimento na comunidade. Este é uns dos fatores negativos. Como estratégia, pensamos em fazer anotação de caderno de HAS e DM, o qual já está sendo elaborado e realizado na unidade. Fazer um levantamento de casos novos dessas patologias, elaboração de palestras educativas, primeiramente na unidade, porque até momento não podemos ir para área que ainda não foi mapeada nem entregue. Fazer levantamento de quantos HAS e DM termos na área de abrangência da unidade e trabalhar com este grupo de usuários, para que tenhamos 100% de controle dessa patologia na unidade saúde, em conjunto com minha equipe de saúde. O que temos de negativo é que ainda não temos ao ACS para trabalhar com

a comunidade e assim poder conhecer casos novos e em aqueles usuários com fatores de risco para poder prevenir estas patologias.

No município, na vigilância, encontrei os cadernos de idosos o qual não estavam sendo utilizados, estes são de extrema importância para ele, pois registram todas as consultas e vacinas. No momento, estou realizando na UBS as consultas tanto para idosos como para portadores de doenças crônicas HAS e diabetes mellitus, pois quase sempre vem associada. Ainda não tenho um número exato porque ainda não conheço minha área. Estes usuários devem ter seu seguimento, com realização de exames complementares uma vez por ano, com visitas domiciliares, com palestra educativa para uma boa educação higiênica sanitária para eliminar os fatores de risco dos mesmos.

Minha preocupação é com aqueles usuários idosos que não podem se locomover e ainda não sei de sua existência, por não conhecer ainda toda a minha área de abrangência.

Na unidade segundo os dados fornecidos pelo SIAB no momento contamos com 280 usuários com idade maiores de 60 anos os quais destes 185 são mulheres e 95 são homens. Estes dados estão de acordo com a demanda de atendimentos diários.

Na unidade não possuímos protocolo para os usuários maiores de 60 anos, logo após realizar as tarefas comuniquei com minha equipe que tínhamos que montar uma estratégia para buscar e saber a quantidade de usuário com esta idade para trabalhar melhorar a saúde dos mesmos, assim como também fazer a carteirinha do idoso com consultas programadas e vacinas atualizadas. Até o momento só os conhecíamos pelos prontuários médicos.

Os registros dos usuários estão colocados em um livro. Uns dos aspectos positivos de trabalhar com essa idade é que podemos levar este usuário a um modo de estilo de vida adequado e assim prolongar sua vida. O aspecto negativo na atenção ao idoso é que tem muitos que não assistem a consulta médica e não os conhecemos na comunidade. Gostaria muito de poder trabalhar com eles realizando atividades de ciclo de avôs, atividade como festa para estimular afetividade já quase todos adultos maiores de 60 anos tendem a sofrer de depressão. Acho que atuação na comunidade em conjunto com líderes locais é importante para realizar ações de saúde para qualquer tipo de idade, mas principalmente a esta, já que é um grupo de risco.

Com relação à saúde bucal, no momento apresentamos algumas dificuldades, pois não dispomos da cadeira odontológica e a nossa odontóloga entrou de férias. Nosso maior desafio na UBS é fazer com que a equipe e os usuários entendam que trabalhamos com promoção e prevenção e não com pronto atendimento. Nossas consultas não têm que ser pautadas apenas em quantidade e sim em qualidade.

Na UBS a equipe ainda não está completa, por isso esta tarefa ficou um pouco difícil de responder, pois, minha população é bastante extensa e a demanda ainda maior, apesar de não ter uma área específica como expliquei. Com a reforma da unidade foi colocada duas equipes para suprir esta demanda da minha UBS, porque atendemos os usuários que estão nas colônias e seringal que sempre buscam esta unidade por esta está localizada mais no centro, sua demanda é alta, e não sabemos a estimativa da população.

Meu trabalho até hoje era simplesmente atender a demanda espontânea sem agendamentos, pois não trabalhamos ainda com esta ferramenta que é tão importante.

Atualmente a unidade foi entregue assim como minha equipe, o qual estamos esperando a entrega dos ACS para começar o trabalho de atenção primária dirigida à comunidade. Minha meta é começar realizar os programas preconizados pelo MS e levar este para a comunidade e UBS.

Primeiramente, para todas as áreas programáticas devemos fazer um planejamento, onde faremos um levantamento na unidade de quantidade de usuários, e assim por idade, sexo, doenças que predomina, pois assim, vamos fazer o trabalho de prevenção e melhor cobertura da população.

Com relação da minha unidade, desde o começo a mesma era centro de atendimento e não unidade básica, o atendimento com melhoras das consultas dos usuários com doenças crônicas que foram atendidas na unidade estão com melhores prognóstico de vida saudável e sua patologia compensada. Quando a trabalho se faz com qualidade e empenho os frutos se observam como estou vendo no trabalho cotidiano, apesar de ainda termos dificuldades para as consultas agendadas e recuperação de consultas atrasadas porque não contamos com ACS. Apesar de tentamos fazer um trabalho de qualidade na unidade, ainda tem este déficit de trabalho de prevenção na comunidade. Os usuários que são atendidos na

unidade saem com seus problemas solucionados, onde sempre enfocamos ao mesmo a importância da prevenção de complicação de suas patologias.

### **1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional**

Ao fazer comparativo entre o primeiro trabalho “Situação da ESF/APS em meu serviço” e este relatório, acredito que adquirimos um conhecimento em todos os aspectos que envolvem o funcionamento de nossa UBS: estrutura da mesma, as atribuições de cada profissional, os diferentes programas existentes, os protocolos de atendimento para cada grupo populacional específico. Este relatório é completo e demonstra a realidade da UBS assim como do trabalho que desempenham os profissionais em cada uma delas, além de mostrar as estratégias para melhorar a atenção aos usuários da nossa comunidade.

O primeiro texto mostra um maior desconhecimento do trabalho na unidade e diferente nesse relatório onde há maior detalhamento da nossa realidade. Nossa equipe consegue ter maior clareza de nossas fragilidades e pontos positivos.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) constituem doenças de grande prevalência na população. A prevalência de HAS varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. A HAS e DM são doenças frequentes em nossa população principalmente a vida sedentária que leva o brasileiro. Isto têm aumentado sua importância, devido a crescente prevalência e por estar associado à dislipidemia e disfunção endotelial (BRASIL, 2013).

Na UBS que atuo há ampla sala de acolhimento e isso facilita a recepção, alimentando assim a captação de novos usuários com hipertensão e diabetes. Recentemente conseguimos completar a nossa equipe de saúde, no entanto ainda não conseguimos realizar o mapeamento preciso pelos agentes de saúde, ou seja, não tenho o número exato de usuários da área. Temos laboratório, mas não contamos com todos os exames complementares necessários para avaliação do usuário diabético e hipertenso segundo o protocolo do MS, sendo necessário deslocamento deste usuário para a capital do município. Outra dificuldade neste momento são as enchentes que nos deixa em estado de alarme e mudam totalmente a rotina das consultas já que temos que focar em outras endemias típicas de enchentes.

Existem 651 pessoas com hipertensão e 161 com diabetes, segundo os dados do VIGITEL no território. Nossa meta é aumentar para 50% a cobertura de HAS e DM o que significa alcançar 326 hipertensos e 81 diabéticos nessas 12 semanas de intervenção.



A equipe está muito motivada e nós temos por objetivo aumentar a captação de hipertensos e diabéticos, criar grupos de diabéticos e hipertensos, melhorar o acesso dos usuários aos exames de laboratório, buscar parcerias para melhorar as práticas de exercício físico, alimentar a quantidade necessária de medicamentos na farmácia do posto de saúde, mantendo assim os usuários compensados evitando surgimento de futura complicação. Assim, após reunião com minha equipe de saúde, decidimos realizar nosso foco de intervenção sobre os usuários com as patologias que são mais frequentes nas consultas diárias que são diabetes e hipertensão arterial, já que estes usuários não têm um seguimento adequado e quase todos estão sempre com suas patologias descompensadas por falta de informações e ação dos próprios trabalhadores da saúde. Além disso, é um tema bastante importante para o Brasil já que seus índices são elevados.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a Atenção à Saúde dos Usuários Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS Doutor Félix Bestene Neto, Xapuri/AC.

### **2.2.2 Objetivos específicos e metas**

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e diabéticos

Meta 1.1 cadastrar 50% dos hipertensos de área de abrangência no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes da UBS.

Meta 1.2 cadastrar 50% dos diabéticos de área de abrangência no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes da UBS.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos

Meta 2.1 realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 2.3 garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com os protocolos de saúde.

Meta 2.4 garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com os protocolos de saúde.

Meta 2.5 priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados em UBS.

Meta 2.6 priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados em UBS.

Meta 2.7 realizar avaliação de atendimento odontológico a 100 %dos hipertensos.

Meta 2.8 realizar avaliação de atendimento odontológico a 100 %dos diabéticos.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa

Meta 3.1 buscar 100 %dos hipertensos faltosos as consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2 buscar 100 %dos diabéticos faltosos as consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 4.1 manter ficha de acompanhamento de 100%dos hipertensos cadastrados na UBS.

Meta 4.2 manter ficha de acompanhamento de 100%dos diabéticos cadastrados na UBS.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta 5.1 realizar estratificação do risco cardiovascular nos 100 % de hipertensos cadastrados UBS.

Meta 5.2 realizar estratificação do risco cardiovascular nos 100 % de diabéticos cadastrados na UBS.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1 garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% de hipertensos na UBS.

Meta 6.2 garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% de diabéticos na UBS.

Meta 6.3 garantir orientação em relação à atividade física regular a 100% hipertensos em UBS.

Meta 6.4 garantir orientação em relação à atividade física regular a 100% diabéticos em UBS.

Meta 6.5 garantir orientação sobre risco de tabagismo a 100% hipertensos em UBS.

Meta 6.6 garantir orientação sobre risco de tabagismo a 100% diabéticos em UBS.

Meta 6.7 garantir orientação de higiene bucal a 100% hipertensos em UBS.

Meta 6.8 garantir orientação de higiene bucal a 100% diabéticos em UBS.

## **2.3 Metodologia**

Este projeto de intervenção será desenvolvido no período de 12 semanas na ESF Doutor Felix Bestene Neto Xapuri/Acre. Participarão do trabalho os usuários com hipertensão e diabetes pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde. Será utilizado o protocolo do MS (2013).

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e diabéticos.

Meta 1.1. Cadastrar 50 % dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta. 1.2. Cadastrar 50 % dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

#### **Monitoramento e avaliação**

Ação: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: Este monitoramento vai ser por meio da implantação de uma ficha espelho e carteirinha de hipertenso e diabético, se o usuário for maior de 60 anos usaremos a caderneta do idoso que é cedida pelo MS. Será feita uma revisão

semanal na consulta do médico sendo responsáveis, o médico, a enfermeira e o técnico em enfermagem pela consolidação dos dados que serão avaliados em reuniões de equipe com uma periodicidade mensal. O material vai ser impresso pela diretora da unidade.

#### Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento: Contaremos com registro eletrônico, onde vão ser inseridos todos os atendimentos. Implementação de Prontuários para o HIPERDIA com prévio resgate dos dados nos prontuários médicos, onde será realizado na unidade todos os dias logo após as consultas. O médico da unidade será o responsável da atividade e contará com a ajuda da equipe.

Ação: Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e Diabetes.

Detalhamento: Criação de uma equipe de acolhimento para os usuários portadores de Diabetes e hipertensão onde será feito diariamente por uma equipe capacitada com um rastreamento e triagem dos usuários com diabetes e hipertensão e o usuário já sairá deste acolhimento com a consulta marcada para a próxima semana se necessário. O responsável será a enfermeira e o técnico em enfermagem onde será utilizado como material o glicômetro, esfigmomanômetro e estetoscópio que já temos na unidade básica.

Ação: Garantir os materiais adequados para a tomada da medida de pressão arterial, esfigmomanômetro, fita métrica na UBS.

Detalhamento: A secretaria será responsável pela aquisição dos esfigmomanômetros e glicômetros faltantes na unidade para a tomada da medida da pressão arterial na unidade de saúde e a responsável dessa ação será a Coordenadora da UBS.

#### Engajamento público

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção a Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes na UBS.

Detalhamento: Esta ação será coordenada junto com os líderes da comunidade onde usaremos a instituição já organizada onde a ação vai ser feita uma vez ao mês e utilizaremos panfletos educativos que será realizada pelo médico e enfermeira. Serão preparadas palestras ou rodas de conversa e no final de cada ação verificaremos a pressão arterial dos usuários que será realizado pelo médico, técnico em enfermagem e enfermeira. Utilizaremos Datashow e os materiais serão impressos pela secretaria de saúde. Essa informação também será passada nas consultas.

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos anualmente.

Detalhamento: Esta ação será coordenada junto com os líderes da comunidade onde usaremos a instituição já organizada onde a ação vai ser feita uma vez ao mês e utilizaremos panfletos educativos que será realizada pelo médico e enfermeira. Serão preparadas palestra ou roda de conversa e no final de cada ação verificaremos a pressão arterial dos usuários que será realizado pelo médico técnico em enfermagem e enfermeira. Utilizaremos Datashow e os materiais serão impressos pela secretaria de saúde. Essa informação também será passada nas consultas.

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: Esta ação será coordenada junto com os líderes da comunidade onde usaremos a instituição já organizada onde a ação vai ser feita uma vez ao mês e utilizaremos panfletos educativos que será realizada pelo médico e enfermeira. Serão preparadas palestra ou roda de conversa e no final de cada ação verificaremos a pressão arterial dos usuários que será realizado pelo médico técnico em enfermagem e enfermeira. Utilizaremos Datashow e os materiais serão impressos pela secretaria de saúde. Essa orientação também será passada nas consultas.

Ação: Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Esta ação será coordenada junto com os líderes da comunidade onde usaremos a instituição já organizada onde a ação vai ser feita uma vez ao mês e utilizaremos panfletos educativos que será realizada pelo médico e enfermeira. Serão preparadas palestra ou roda de conversa e no final de cada

ação verificaremos a pressão arterial dos usuários que será realizado pelo médico técnico em enfermagem e enfermeira. Utilizaremos Datashow e os materiais serão impressos pela secretaria de saúde. Essa orientação também será passada nas consultas.

#### Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência de UBS.

Detalhamento: Faremos uma capacitação com os ACS sobre o cadastramento dos hipertensos e diabéticos. O material a ser utilizado será o protocolo do MS que será impresso pela secretaria de saúde. O local será a unidade básica de saúde. O responsável por essa ação será o médico e a frequência será quinzenalmente no final da reunião de equipe.

Ação: Capacitação quanto verificação da pressão arterial de forma criteriosa para a equipe da unidade de saúde e capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: Demonstração da técnica correta de utilização do manguito e colocação da banda a ser realizada na unidade de saúde onde o responsável será o médico e toda a equipe participará da atividade que ocorrerá durante as reuniões da equipe. Para a DM a capacitação será para utilização do glicômetro para aferir níveis de glicemia.

#### Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos.

Meta. 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta. 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta. 2.3/2.4. Garantir a 100% dos hipertensos e dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta. 2.5/2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta. 2.7/2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e dos diabéticos.

#### Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Ocorrerá no dia das consultas de HIPERDIA segundo o cronograma das consultas onde o médico será responsável de conduzir a equipe. Monitoraremos o consolidado mensal o número de diabéticos e hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Ação: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Detalhamento: Será realizado pela enfermeira uma vez ao mês onde será contados o número de hipertensos e diabéticos e o número exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde.

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Este monitoramento será realizado pela farmacêutica uma vez ao mês já que ela faz isso normalmente.

Ação: Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: Este monitoramento será realizado pela enfermeira uma vez ao mês em parceria com o odontólogo.

#### Organização e gestão do serviço

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Este será realizado na primeira semana de intervenção na reunião da equipe onde utilizaremos como material o protocolo do MS para HAS e DM.

Ação: Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Detalhamento: As capacitações serão realizadas a cada 15 dias na reunião da equipe e utilizaremos como material o protocolo do MS sendo o responsável o médico da equipe.

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: Esta periodicidade de atualização dos profissionais será feita uma vez ao mês e o responsável será o médico.

Ação: Dispor de versão atualizada do protocolo impresso na unidade de saúde.

Detalhamento: O responsável pelos impressos será a diretora da unidade e secretaria de educação, serão impressos nove protocolos.

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: Vai ser garantida pela direção da unidade de saúde com cinco vagas para os hipertensos e diabéticos uma vez na semana.

Ação: Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Detalhamento: Aqui pretendemos contar com a participação da comunidade para tentar garantir juntos com eles esse direito através de reunião a ser realizada com gestor municipal.

Ação: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento: Este será realizado pela farmacêutica uma vez no mês já que a mesma já realiza esse trabalho.

Ação: Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: Este registro será mantido pela farmacêutica da unidade básica de saúde já que a mesma já faz esta ação mensalmente.



### Engajamento público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e da diabetes sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: A equipe terá a tarefa de serem os efetuidores das ações de saúde. Orientando os usuários na unidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Será realizada pelos agentes de saúde na própria unidade de saúde no dia da consulta do médico para ter um bom público e utilizarão painel para uma melhor explicação.

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares, quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: Será realizada no contexto da consulta na UBS, comunidade, trabalho individual e coletivo, os membros da equipe vão informar os usuários e a comunidade da necessidade de realização de exames complementares e sua importância para diagnóstico de doenças crônicas.

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: Tratar nas consultas o referente aos direitos dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso. Ação permanente, tendo por responsável o médico.

### Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: Esta será realizada pelos agentes de saúde na própria unidade de saúde no dia da consulta do médico para ter um bom público e utilizarão

painel para uma melhor explica o responsável os agentes que vão realizar esta atividade de forma rotativa.

Ação: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: Uma só atividade onde participarão todos os membros da equipe e outras profissionais do posto de saúde a proposta e que nesse dia o posto feche para esta capacitação utilizaremos o protocolo do MS como matéria e base principal que será impresso pela secretaria de saúde utilizaremos também Datashow que será cedido também pela secretaria, o responsável pela atividade será o médico.

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

Detalhamento: Apresentação do protocolo adotado pela unidade de saúde para solicitação de exames complementares esta mesma será realizada para que equipe esteja ciente do protocolo será realizada na unidade com o médico da equipe coordenando. O material ofertado pelo curso também será utilizado para atualização dos profissionais.

Ação: Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Esta ação será desenvolvida pela enfermeira e que utilizará o protocolo do MS que será impresso sobre o acesso a medicamentos pelos usuários para obter a medicação. A equipe é encarregada de orientar os passos a seguir pelos usuários para obter a medicação estarão sendo realizada esta atividade na unidade com médico e equipe conjuntos para os usuários todas as consultas médicas.

Ação: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e dos diabéticos.

Detalhamento: A equipe será capacitada com o tema da saúde bucal. O odontólogo e técnico de saúde bucal serão os responsáveis neste caso e pediremos ajuda ao odontologista para programar uma orientação no dia da consulta e nas

atividades nas comunidades, sendo o responsável a enfermeira e o material e folders preparados pelo dentista.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta. 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: Nas reuniões da equipe e espaço de trabalho individual do médico serão avaliados o cumprimento das consultas previstas no protocolo de hipertensão (consultas em dia). Segundo agendamento realizado, essa reunião vai ser feita na unidade nas reuniões de equipe mensalmente que o médico será o responsável e a equipe toda participará para realização da mesma.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento: A enfermeira ficará encarregada de pegar os dados para a programação das próximas consultas dos usuários atendidos e assim identificar os faltosos da consulta e assim os agentes de saúde poderão fazer a busca ativa. Será feito um caderno com os nomes de todos os usuários de HIPERDIA para a enfermeira.

Ação: Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares:

Detalhamento: A agenda será organizada com a finalidade de acolher esses usuários vindos das buscas domiciliares tendo por responsável a enfermeira da equipe. Organização semanal.

Engajamento público

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Detalhamento: A equipe de acolhimento será a responsável por informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas a hipertensos, vai ser feita esta atividade na unidade com participação da equipe e a coordenadora da unidade será responsável pelo mesmo.

Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão.

Detalhamento: Nas palestras efetivadas na unidade trataremos sobre estratégias para buscar os usuários faltosos nas consultas. Esta palestra será preparada pela médica utilizará como material o Datashow esta será realizada na própria comunidade.

Ação: Esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas:

Detalhamento: Na consulta os hipertensos receberão o agendamento das suas consultas posteriores e será explicado sobre a importância da periodicidade preconizada, tendo como responsável pela ação o médico e recepcionista da unidade.

#### Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e dos diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: Capacitação para a equipe em relação à periodicidade das consultas onde se utilizará o protocolo do MS sobre HAS. Serão impressos 9 protocolos e o responsável pela ação será o médico.

Meta. 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

#### Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: Nas reuniões da equipe e espaço de trabalho individual do médico serão avaliados o cumprimento das consultas previstas no protocolo de

diabetes (consultas em dia). Segundo agendamento realizado, essa reunião vai ser feita na unidade nas reuniões de equipe mensalmente que o médico será o responsável e a equipe toda participará para realização da mesma.

#### Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento: A enfermeira ficará encarregada de pegar os dados para a programação das próximas consultas dos usuários atendidos e assim identificar os faltosos da consulta e assim os agente de saúde poderão fazer a busca ativa. Será feito um caderno com os nomes de todos os usuários de HIPERDIA pela enfermeira.

Ação: Organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: A agenda será organizada com a finalidade de acolher esses usuários vindos das buscas domiciliares tendo por responsável a enfermeira da equipe. Organização semanal.

#### Engajamento público

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Detalhamento: A equipe de acolhimento será a responsável por informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas a diabéticos, vai ser feita esta atividade na unidade com participação da equipe e a coordenadora da unidade será responsável pelo mesmo.

Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes.

Detalhamento: Nas palestras efetivadas na unidade trataremos sobre estratégias para buscar os usuários faltosos nas consultas. Esta palestra será preparada pela médica utilizará como material o Datashow esta será realizada na própria comunidade.

Ação: Esclarecer aos portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas:

Detalhamento: Na consulta os diabetes receberão o agendamento das suas consultas posteriores e será explicado sobre a importância da periodicidade preconizada, tendo como responsável pela ação o médico e recepcionista da unidade.

#### Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e dos diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: Capacitação para a equipe em relação à periodicidade das consultas onde se utilizará o protocolo do MS sobre HAS. Serão impressos nove protocolos e o responsável pela ação será o médico.

#### Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta. 4.1/4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

#### Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e de diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: A equipe semanalmente vai fazer uma avaliação dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde (por prontuário geral, prontuário Hipertensão e informação da vigilância do município), e o responsável por esta ação será o médico.

#### Organização e gestão do serviço

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento: A cada mês vamos pedir ao responsável da vigilância dos dados atualizados do SIAB, através da coordenadora da Unidade de Saúde que será realizado a cada mês e o médico e enfermeira serão os responsáveis por esta ação.

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento.

Detalhamento: Contamos com um caderno que tem a função de ficha de acompanhamento do HIPERDIA, os quais estão responsáveis pelo preenchimento: a recepcionista e o médico.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: O preenchimento do Prontuário de HIPERDIA, será feito pela enfermeira e técnicas em enfermagem por falta de ACS, a unidade já que não contamos com esta ferra menta ainda faremos o cadastro com usuários que cheguem a consulta com isso trata de ter um bom seguimento do mesmo pra que este tenha uma vida saudável mais prolongada com qualidade está ação será realizada diretamente na unidade com equipe participando para um bom trabalho e medico será responsável de coordena-la.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: A Enfermeira o e o médico serão responsáveis pelo monitoramento dos registros dos usuários, para que o mesmo tenha seu seguimento adequado já que não podemos visitá-los a comunidade por falta dos agentes que ainda não contamos, este vai ser realizado na unidade com médico e enfermeira da equipe.

Ação: Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: O mesmo será organizado pela médica e enfermeira.

Engajamento público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: No HIPERDIA, os hipertensos e diabéticos serão postos em conhecimento pela enfermeira e médico, sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se fosse

necessário, e esclarecimento de qualquer dúvida a este aspecto será realizada na unidade todos os dias com médico e enfermeira da equipe.

#### Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e do diabético.

Detalhamento: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros de HIPERDIA, na unidade, realizada pelo médico, toda a equipe estará presente.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: Capacitação efetivada pelo médico sobre o registro adequado dos procedimentos clínicos, complementar as técnicas e valores de medição utilizados nos signos vitais, exames complementares e medições antropométricas, esta capacitação será realizada na unidade com médico coordenando para a equipe.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta. 5.1/5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos e hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

#### Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: Será feita por o médico na consulta ao trabalhar nos prontuários.

#### Organização e gestão do serviço

Ação: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Detalhamento: O cronograma de consultas agendadas contemplará e priorizará o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco. Enfermeiro e médico responsáveis por esta ação.



Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Serão avaliados através caderno de HIRPEDIA, da unidade onde será realizada pelo o médico com ajuda da equipe semanalmente. O médico é o responsável pela organização desta agenda, seu monitoramento e controle.

#### Engajamento público

Ação: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Detalhamento: Nas consultas médicas para a estratificação do risco cardiovascular os usuários hipertensos e diabéticos conhecerão seu nível de risco e a importância do acompanhamento. Ofereceremos as datas dos próximos controles e dos exames a realizar. O médico e enfermeira serão responsáveis.

Ação: Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: Conformaremos um cronograma de palestras e diferentes atividades em grupo com técnicas participativas que inclui a transmissão de vídeos educativos, para transmitir aos usuários conhecimentos dos principais fatores de risco modificáveis, como os hábitos de alimentação inadequados, sedentarismo, obesidade e consumo de álcool, para diminuir posteriores complicações da sua doença. Esta será realizada na unidade de saúde já que ainda não podemos realizar visitas domiciliares serão realizadas segundo o fluxo do cronograma da unidade o médico será o responsável.

#### Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Detalhamento: A Enfermeira receberá capacitação, para no desempenho da consulta HIPERDIA e assim possa realizar a estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo. No contexto da preparação da reunião da equipe. Será realizada na unidade com médico responsável com participação do médico e enfermeira.

Ação: Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Detalhamento: Exercício prático de preenchimento do modelo de Prontuário para HIPERDIA, que contém a avaliação do escore de Framingham. Na unidade com médico coordenando com a participação de toda a equipe.

Ação: Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: Capacitação para a equipe em hábitos alimentares saudáveis, fatores de risco de hábitos tóxicos, importância da realização de exercício físico para a prevenção de sedentarismo e posteriores doenças. Palestrante. Médico. Será realizado no anfiteatro da vigilância o qual participarão toda a equipe. Utilizaremos protocolo do MS que será impresso pela secretaria de saúde.

#### Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta. 6.1/6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos.

##### Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Mensalmente será realizada reunião com a equipe para o monitoramento das atividades de promoção e de orientação nutricional aos hipertensos realizadas pela equipe na unidade para os hipertensos, estas atividades que antes não eram realizadas serão na unidade todo fim de mês com responsável de coordenação o médico e coordenadora da unidade com a participação toda a equipe.

##### Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável e para orientação de atividade física.

Detalhamento: Nos HIPERDIA realizaremos palestras e atividades participativas que como tema abordarão a qualidade da alimentação, Alternativas de alimentação nos usuários hipertensos, Processo da alimentação, Dicas para uma boa alimentação, Formas de preparação dos alimentos, lugar a unidade nas datas

das consultas de HIPERDIA, com médico responsável e participação dos usuários e equipe. O médico será o responsável.

#### Engajamento público

Ação: Orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: Orientar de forma individual nas consultas e/ou visitas domiciliares sobre a importância da alimentação saudável, no espaço da consulta. Responsáveis: Médico e Enfermeiro. A equipe fica responsável pelas planificações de atividades na UBS de promoção e prevenção de saúde, já que não realizamos atividades na comunidade por que ainda não contamos com presença dos agentes comunitário assim fica difícil realizar atividades na comunidade, realizaremos estas planificações na unidade nas reuniões de equipe conjunto com equipe, responsável será a coordenadora da unidade.

#### Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

Detalhamento: Vídeos e conferências para os membros da equipe para qualificar os conhecimentos da equipe e assim os mesmos poderão orientar os usuários sobre a qualidade da alimentação adequada para os usuários com HIPERDIA. Palestrante. Medico, será realizada na unidade de saúde com médico responsável e participação toda a equipe.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Capacitação sobre metodologias de educação em saúde. Técnicas grupais participativas, técnicas audiovisuais e Conferência. Esta capacitação será realizada para que toda a equipe seja capacitada e orientada para melhor atendimento a comunidade o médico como responsável de realizar essa atividade para toda a equipe.

Meta. 6.3/6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

#### Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Mensalmente Conjuntamente com o educador físico em grupos para a prática de exercícios físicos com os usuários cadastrados na unidade, Lugar. UBS. Responsável. Coordenadora da Unidade. Participam toda a equipe.

#### Organização e gestão do serviço

Ação: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas e educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento: Ofertar aos hipertensos e diabéticos e também seus familiares elementos sobre a importância da prática de atividade física regular. Demandaremos junto ao gestor parcerias para esta ação.

#### Engajamento público

Ação: Orientar hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento: Oferecer aos hipertensos e diabéticos e também seus familiares elementos sobre a importância da prática de atividade física regular.

Responsável o médico e educador físico participam para este ser realizado a equipe em um espaço do município, pelo menos 3 vezes na semana, com isso diminuir o índice de obesidade melhora estilo de vida de cada um. Solicitaremos parceria com professores de educação que será solicitado por ofício.

#### Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Detalhamento: Vídeo educativo sobre elementos básicos do corpo humano e vantagens da prática de atividade física regular. Responsável: Médico.

Meta. 6.5/6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

#### Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.

Ação: Mensalmente, dentro da reunião da equipe, este será realizado mensalmente trata de cumprir com as atividades de promoção enquanto aos riscos do tabagismo aos hipertensos e suas complicações, esta tarefa será realizadas por toda equipe dentro da unidade.

#### Organização e gestão do serviço

Ação: Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento: Buscar formas de tratamento para o tabagismo demandando do gestor a compra de medicamentos.

#### Engajamento público

Ação: Orientar os hipertensos tabagistas e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: O médico na consulta informara aos hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para ajudar o abandono desde hábitos tóxicos.

#### Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

Detalhamento: Realização na unidade de atividades sobre alternativas de tratamento para o tabagismo. Palestrante. Enfermeira. Lugar. UBS.

Meta. 6.7/6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

#### Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Mensalmente, dentro da reunião da equipe em conjunto com odontologia. Monitorar o grau de cumprimento das atividades de promoção sobre higiene bucal aos hipertensos, realizadas pela equipe dentro da unidade. Efetivadas pela equipe odontológica, Lugar UBS, responsável Odontólogo.

#### Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: O médico terá um espaço de tempo planejado para dar saída as necessidades de atendimento de cada indivíduo.

#### Engajamento público

Ação: Orientar os hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: Na unidade ofertaremos para os hipertensos e diabéticos e seus familiares elementos sobre a importância da higiene bucal, responsável médico, através de palestra na comunidade mensalmente.

#### Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: Realização de atividade, técnica adequada escovação dos dentes, principais doenças das gengivas, prevenção das cáries dentais. Palestrante. Odontologista, Responsável a equipe odontológica, com participação de toda a equipe.

### **2.3.2 Indicadores**

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 1.1. Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da UBS.

Indicador. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS.

Numerador. Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador. Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2. Cadastrar 50% dos diabéticos de área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da UBS.

Indicador: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador. Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador. Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador. Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementários em dia de acordo com os protocolos de saúde.

Indicador: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador. Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

Denominador Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementários em dia de acordo com os protocolos de saúde.

Indicador. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador. Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados em UBS.

Indicador. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador. Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador. Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados em UBS.

Indicador. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador. Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador. Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.



Meta 2.7. Realizar avaliação de atendimento odontológico a 100% dos hipertensos.

Indicador. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador. Número de hipertensos com avaliação da de atendimento odontológico.

Denominador. Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8. Realizar avaliação de atendimento odontológico a 100 %dos diabéticos.

Indicador. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador. Número de diabéticos com avaliação da de atendimento odontológico.

Denominador. Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos as consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador. Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador. Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador. Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 3.2. Buscar 100 %dos diabéticos e diabéticos faltosos as consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador. Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador. Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador. Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

#### Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados.

Indicador. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador. Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador. Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados.

Indicador. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador. Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador. Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

#### Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular nos 100 % de hipertensos.

Indicador. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular

Numerador. Numero de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador. Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular nos 100 % de diabéticos.

Indicador. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular

Numerador. Numero de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador. Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudáveis a 100% de hipertensos em UBS.

Indicador. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador. Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudáveis a 100% de diabéticos em UBS.

Indicador. Proporção diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador. Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação a atividade física regular a 100% hipertensos em UBS.

Indicador. Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador. Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador. Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação a atividade física regular a 100% diabéticos em UBS.

Indicador. Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador. Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador. Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre risco de tabagismo a 100% hipertensos em UBS.

Indicador. Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo

Numerador. Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador. Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre risco de tabagismo a 100% diabéticos em UBS.

Indicador. Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo

Numerador. Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador. Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7. Garantir orientação de higiene bucal a 100% hipertensos em UBS.

Indicador. Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal

Numerador. Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador. Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8. Garantir orientação de higiene bucal a 100% diabéticos em UBS.

Indicador. Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal

Numerador. Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador. Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **2.3.3 Logística**

Nesta ação serão adotados os Manuais Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus, Cadernos de Atenção Básica, n. 36, e Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica Cadernos de Atenção Básica, n. 37 (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b), Será impresso 10 exemplares pela direção da UBS.

Na primeira semana realizada as ações segundo foram estabelecidas pelo cronograma feito para projeto de intervenção, na primeira semana foi realizado a Capacitação dos profissionais e membros da equipe de acordo aos protocolos adotados pela unidade de saúde sobre hipertensão arterial e diabetes mellitus , fornecido pelo SUS esta atividade foi feita 3 etapas onde primeira uma conversar orientadora logo após uma conferência áudio visual para melhor entendimento da equipe, após foi realizado Capacitação quanto verificação da pressão arterial e forma adequada de medir glicemia com glicômetro horários forma corretas como método clínicos com vídeo conferencia e realização pratica para toda equipe principalmente a técnica que principal que realiza as pré-consultas, foi capacitada pois importância método adequado e de insumo importância foram utilizado esfigmomanômetro e glicômetro da unidade para a pratica realizada com os técnicos e enfermeira da unidade a responsável pela capacitação foi medica, a equipe também foi Capacitada sobre procedimentos clínicos, as técnicas e valores de medição utilizados no registro de signos vitais, exames complementares e medições antropométricas. utilizamos versão atualizada dos protocolos fornecidos pelo MS, qual a secretaria de saúde nos fez gentileza de conseguir e nos fornecer de maneira

empresar, essa atualização foi pedida ao secretário de saúde do município pela coordenadora da unidade, logo após realizamos através de um caderno que temos na unidade com nomes de usuários diabéticos e hipertensos para melhor seguimento a Cadastramento de todos os hipertensos e diabéticos da que são atendidos na unidade, já que tivemos longo tempo sem agentes comunitário forma pratica de não perder esses usuários era cadastra lá na unidade não ficarem faltosos as consultas e assim poder levar de forma adequada e coerentes as consultas com boa cronologia de agendamento, com priorização dos mesmo nas consultas seguintes, assim foi feito que todas as segunda feiras seriam realizados as consulta medicas, com acolhimento dos usuários que seriam realizado por técnica de enfermagem e enfermeira, foi estabelecido que as atividades seriam realizados aos usuários ademais de pequena orientação na segundas feiras antes das consultas , seriam feitas nas sextas feira com atividades áudio visual , palestras , jogos para que mesma pudesse ser mais interativos, contamos com apoio da secretário de saúde para realização das atividades, ademais do prefeito que ocasiones ajudo para realizar café da manhã mostra forma saudável de alimentação ao usuários , ademais de cona com apoio da educadora física que várias atividades no ajudo realizar atividades de alongamentos ensinar formas vida saudável com exercício físico.

Estaremos nos reunindo com o secretário de saúde para resolver problemas como falta dos ACS, a realização de exames complementares aos usuários, disponibilidade de medicamentos suficientes na farmácia da UBS para os usuários, principalmente com doenças crônicas, o conserto da cadeira odontológica, pra realizarmos o atendimento e disponibilidade de fitas do glicômetro para realizar o teste nos usuários.

As consultas médicas serão realizadas na segunda-feira, onde realizaremos um exame físico criterioso, com orientação sobre educação alimentar, exercício físicos, abandono do tabaco, risco cardiovascular e orientação para busca de realização dos exames sanguíneo indicados. Realizaremos várias palestras utilizando recursos áudio visual, brincadeira, exercício físico, aula de dança para idosos, café da manhã de forma saudável para aprender sobre alimentação saudável, buscando que estes usuários entendam a importância de suas patologias. Também realizaremos orientação saúde bucal para diminuir os riscos de sepse bucal.

















### **3 Relatório da Intervenção**

#### **3.1 Ações previstas e desenvolvidas**

A intervenção foi um resultado de um grande trabalho feito pela equipe a qual teve que se esforçar muito para que pudéssemos chegar aonde chegamos. Apesar das enormes dificuldades encontradas no começo da intervenção como a falta de recursos, fizemos tudo que estava ao nosso alcance. Muitas ações foram realizadas com sucesso, outras não por falta de recursos, mas todas foram feitas semanalmente.

Começamos com a capacitação para os profissionais da equipe de acordo com os protocolos adotados pela UBS e fornecido pela universidade. Estabelecemos o papel de cada membro da equipe e sua importância para a realização da intervenção. Os assuntos palestrados foram referentes à atualização da estratificação de risco ou de lesões em órgãos alvo, à importância e do exame físico nos clientes que buscam a atenção primária, a técnica correta de aferição e valores de medição dos sinais vitais, a importância dos exames complementares e medições antropométricas do usuário, pois com mesma podemos verificar o risco de obesidade do mesmo para doenças cardiovasculares. Além destas, explicamos a forma adequada de utilizar o glicômetro e os horários de maior importância que devemos medir a glicemia nos usuários. Foi realizada conferência áudio visual sobre metodologias de educação em saúde na comunidade para que as atividades fossem mais dinâmicas.

Sinto-me feliz de poder ter contribuído com minha equipe e ter ajudados aos mesmos com sua capacitação para trabalhar em atenção primária, pois sem uma equipe não podemos realizar muitas coisas. Quando temos uma equipe unida e decidida não tem dificuldades que possa atrapalhar, principalmente para um centro de saúde que acabava de se tornar uma UBS.

No início da intervenção foi estabelecido o papel de cada profissional da equipe na Intervenção. Todos estiveram de acordo com as atividades pactuadas para cada um deles durante o período da intervenção. Graças a Deus cumpriram as suas tarefas de forma satisfatória demonstrando que quando trabalhamos em equipe tudo pode ser possível.

Criou-se por parte da equipe o registro dos usuários da ação programática que ficou na nossa sala, permitindo o monitoramento dos indicadores no transcurso da intervenção, e à medida que detectávamos alguma dificuldade, novas estratégias eram planejadas para melhorar o indicador.

A agenda de trabalho foi reorganizada para melhorar o acolhimento dos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Foi selecionado um dia da semana (segunda-feira) para realizar o atendimento dos mesmos, além daqueles usuários que buscavam pela primeira vez a consulta. Neste ponto tivemos algumas dificuldades já que junto com a intervenção iniciou o período invernal e com a chegada das chuvas, aumentou muito a demanda espontânea por casos de Dengue, Infecções Respiratórias Agudas, Doenças Diarreicas Agudas. Mas na verdade esta dificuldade também foi aproveitada positivamente, pois muitos dos usuários portadores destas doenças infecciosas também eram portadores de Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica o que contribuiu ao cadastro deles assim como o acompanhamento dos mesmos.

O período de chuvas no início afetou a busca ativa dos usuários hipertensos e diabéticos assim como os usuários faltosos a consulta nas comunidades, que graças a Deus foram mínimos, devido os esforços de nossos usuários e o contentamento que os mesmos ficaram com nossa atenção mostrada pela equipe, no cumprimento dos objetivos. Tentamos superar as dificuldades com novas estratégias para melhorar o indicador de cobertura até o final da intervenção.

As ações para engajar a comunidade na intervenção foram feitas na totalidade aproveitando desde o início todos os cenários possíveis para divulgar a intervenção. Fizemos atividade nas igrejas e nas escolas da comunidade também na unidade de saúde onde maiorias das vezes foi palco das nossas atividades, com a participação das lideranças que contribuíram de forma positiva na intervenção. Neste ponto apresentamos algumas dificuldades no início, pois tivemos pouca participação de pessoas nas mesmas por que como mesmo foi mencionado

anteriormente tivemos muitas dificuldades para aderir à população portadora das doenças e realizar busca de casos novos na comunidade por falta de ACS. Mas na medida em que se avançou a intervenção, os usuários foram se engajando cada vez, tendo uma boa aceitação da comunidade que visitava a UBS para busca atendimento médico. Assim, muitos usuários saíam satisfeitos, pois seus problemas foram resolvidos. Isto foi possível, pois o atendimento médico não era como antigamente. Agora a equipe tenta sempre resolver a problemática de cada usuário, realizando uma assistência mais detalhada e qualificada, ouvindo os usuários. Desta maneira, nossos usuários saíam com todas as dúvidas e problemas solucionados e recebiam uma consulta minuciosas com a realização de exame físico completo. Hoje quase toda a nossa comunidade conhece o programa da unidade como funciona e os horário de cada programação, e estão cientes da importância dele para melhorar a saúde deste grupo populacional, os quais estão muito felizes com nosso trabalho realizado durante todo este tempo e que passará a ser parte de nosso dia a dia.

Importantes ações foram feitas para garantir o exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos, capacitando os membros da equipe com a qualidade requerida na realização do mesmo. A população foi corretamente orientada, quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes e sobre a importância exame corretos dos pés e cuidados adequados com mesmo, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Com relação à realização dos exames complementares dos usuários hipertensos e diabéticos, apresentamos dificuldades, pois o município não realiza os exames de rotina, estes deveriam ser encaminhados a capital para realização e como grande maioria dos participantes era classe sócio econômica baixa e não tinha dinheiro para realizar transporte por isso não chegamos a meta de 100%, apesar de todos serem indicados, mas poucos foram realizados pelos usuários. Os usuários que conseguiam realizar os exames sempre trazia no dia das consultas que eram realizada na unidade de saúde. No entanto, no final da intervenção, a UBS começou a realizar apenas alguns exames de rotina, pois a secretaria de saúde não tinha verba para realizar todos os exames dos diabéticos e hipertensos de acordo com o protocolo. Somente realizavam exames de hemograma, urina e fezes, por este motivo, atrapalhou na qualidade do nosso trabalho. Foi pouco dificultoso para



conseguir chegar na meta esperada, já que nossos usuários são muito carentes de recursos econômicos e não foi possível a realização dos mesmos. Os usuários ficaram cientes da importância da realização dos mesmos, indicados todos na primeira consulta, para o bom acompanhamento da doença e prevenção de posteriores complicações de órgãos.

Realizamos no início da intervenção a atualização do tratamento da Hipertensão e a Diabetes segundo os protocolos do Ministério de Saúde, para os membros da equipe e o pessoal da farmácia da unidade. Todos os usuários estão recebendo a medicação da farmácia da UBS onde foi feito um estudo de consumo com a ajuda dos profissionais da farmácia para garantir o abastecimento dos medicamentos do Programa Hiperdia. Os usuários diabéticos estão recebendo normalmente a insulina através da farmácia do município sem dificuldade, não tivemos nenhum problema com o medicamento da farmácia popular, pois secretário de saúde se conscientizou da importância de aumentar a compra dos medicamentos da farmácia aos usuários com hipertensão e diabetes, e assim suprir a demanda dos mesmos para manter o tratamento adequado e eficaz cada um.

Com relação à avaliação das necessidades de atendimento odontológico, apresentamos dificuldades no transcurso da intervenção já que a nossa UBS estava em reformas, e nós estávamos em uma unidade emprestada sem condições estruturais para nosso odontólogo trabalhar, logo depois que voltamos a trabalhar na unidade de saúde já reformada a nossa profissional entrou em período de férias e esteve 3 meses sem trabalhar. Contávamos somente com sua técnica de saúde bucal que nos ajudou no agendamento dos usuários que necessitavam de avaliações odontológicas. Após o retorno das férias da odontóloga, tivemos outro imprevisto, a cadeira odontológica estava quebrada e passou quase todo o período da intervenção sem funcionar. A profissional de saúde realizava a avaliação mas não podia realizar nenhum procedimento por causa da cadeira odontológica, e assim mesmo continuou realizando os agendamentos para quando a mesma voltasse a funcionar. A odontóloga sempre orientou os usuários sob as maneiras adequadas de escovar os dentes para prevenir as cáries bucais. Assim, a nossa equipe sempre fez a avaliação da necessidade de atendimento odontológico a todos os usuários cadastrados na intervenção. Pelas dificuldades apresentadas com os recursos humanos e econômicos dos usuários para receber atenção odontológica, o serviço de odontologia não foi cumprido integralmente no que se referiram as ações sobre a

capacitação da equipe e sobre as necessidades de atendimento odontológico, mas foram realizadas ações de prevenções com palestra, para aumentar os conhecimentos sobre uma boa saúde bucal e risco da má higiene bucal. No final da intervenção começaram a ser realizados os atendimentos e avaliações dos usuários agendados.

Sem dúvida alguma proporcionamos uma melhor adesão dos usuários hipertensos e diabéticos às consultas segundo os protocolos. Como maior facilidade neste aspecto foi o interesse mostrado pela equipe na necessidade de procurar 100% dos usuários faltosos na comunidade e o engajamento da comunidade com a intervenção. Estando presente em todo momento e influenciando de forma negativa, as condições climáticas que muitas vezes impediam a busca ativa na comunidade, mas foram aproveitados ao máximo os dias de sol, para cumprir este objetivo.

Os registros das informações foram melhorados significativamente já que até o início da intervenção era um verdadeiro desastre. Agora, todos os hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde tem a ficha de acompanhamento em dia, onde foi criado um registro específico para garantir o monitoramento da mesma.

Realizamos a estratificação do risco cardiovascular a todos os hipertensos e diabéticos cadastrados na intervenção. Ao início foi um pouco complicado pela questão do tempo, mas na medida em que avançamos na intervenção melhoramos o indicador e chegamos a 100%. Tivemos a facilidade de contar com os materiais de apoio para as capacitações já que é um tema bem difícil e posso confessar que eu também esclareci muitas dúvidas que ainda tinha a respeito. Uma dificuldade apresentada neste aspecto foi o encaminhamento destes usuários para a atenção secundária que muitas vezes torna-se impossível. Mas uma vez mais a enfermeira da equipe foi a maior protagonista na hora de conseguir vagas para os usuários que precisarem.

As ações para promover saúde aos usuários hipertensos e diabéticos foram feitas na sua totalidade, embora com muitas dificuldades, como o pouco apoio recebido pelos integrantes do NASF que não estiveram presentes na maioria das atividades planejadas na comunidade. Além disso, também não contamos com o apoio da gestão municipal para garantir capacitações em educação em saúde para os ACS. Mas isso não foi impedimento para cumprir o objetivo já que todos os usuários e a comunidade receberam as orientações sobre a alimentação saudável, a sobre a prática de atividade física regular, sobre os riscos do tabagismo e a

importância da higiene bucal. Além disso, foram feitas atividades com os grupos de hipertensos e diabéticos sobre alimentação saudável e atividade física como estavam planejadas. No entanto, muitas destas atividades foram realizadas pela nossa equipe nos encontros que tínhamos com eles, para aproveitar as oportunidades.

Sinto-me feliz de poder ter contribuído com minha equipe ter ajudado aos mesmos com sua capacitação para trabalhar em atenção primária, pois sem uma equipe não podemos realizar muitas coisas. Quando temos uma equipe unida e decidida não tem dificuldades que possa atrapalhar, principalmente para um centro de saúde que acabava de se tornar uma UBS. Acredito que realizamos um grande trabalho, entretanto, os atendimentos odontológico aos hipertensos e diabéticos apresentam ainda algumas dificuldades, pois a profissional de saúde bucal não trabalhava com prevenção e foi difícil adaptar a mesma para dispor de horário para trabalhar com os usuários que buscava o atendimento. Também tivemos dificuldades em conscientizá-la que apesar de estarmos com a cadeira odontológica quebrada, se podia trabalhar com orientação aos usuários, pois isso também faz parte das ações propostas a estas usuárias.

Outra ação que tivemos dificuldades foi com a realização dos exames complementares solicitados pelos protocolos, inúmeras vezes tratadas e discutida com secretário de saúde, mas até o momento não resolvido, pois o município não tem verba para arcar com dispensas de exames, somente o Estado, porém não querem fazer parceria com o município para realizar os mesmos. O secretário de saúde propôs que fossem encaminhados os usuários para a cidade de Rio Branco, capital do Acre, onde os mesmos poderiam realizar seus exames pela rede do SUS. O problema é que a maioria não tem recursos para realizar esse deslocamento, por isso não alcançamos a meta proposta.

### **3.2 Ações previstas e não desenvolvidas**

Todas as ações programáticas foram realizadas.

### **3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados**

Com relação a coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, não tivemos nem um tipo de dificuldade.

### **3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços**

As ações desenvolvidas durante a nossa intervenção foram incorporadas nas rotinas do serviço da nossa UBS. Como mencionei, a equipe está realmente capacitada e apta para realizar ações de intervenção e saúde na unidade. Após esta intervenção, conseguimos fortalecer os laços entre a comunidade e os profissionais de saúde, tornando mais fácil o relacionamento entre ambos. Já não existe mais aquele distanciamento entre usuários e os profissionais de saúde, pelo menos da nossa unidade. Assim, podemos garantir aos usuários um atendimento agendado, propiciando um tratamento eficaz de baixo custo através de orientação e práticas de exercícios físicos e de uma alimentação adequada. Meus usuários hoje em dia possuem menor risco de desenvolver doenças cardiovasculares ou complicações de suas doenças, pois estão sendo assistidos e orientados.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

Esta intervenção foi realizada no município de Xapuri que foi Fundado em 22 de Março de 1905, o Município de Xapuri, está localizado a 190 km da capital Rio Branco, possui uma área de 5.347 km<sup>2</sup>, equivalente a 1,03% da área total do estado. Limita-se ao leste com o Município de Plácido de Castro; ao Sul com a Bolívia; ao oeste com o município de Sena Madureira, localizados na Região do Alto Purus e ao norte Capixaba limita-se com a capital Rio Branco e com o Município de Senador Guimard Quinari. Por ter essa localização geográfica Xapuri passa por muitos problemas de saúde já que tem que conviver frequente mente com enchentes, que trás com sigo doença transmissível e descompensasses das doenças crônicas e uma população pobre já que sua principal atividade e econômica (agricultura e pesca) é prejudicada em determinada época do ano.

Nossa intervenção foi desenvolvida em 12 semanas ao invés das 16 semanas propostas inicialmente. Isto ocorreu, pois conforme orientação do curso houve a necessidade do encurtamento destas semanas para que fosse possível ajustar as defesas e a finalização da Turma sete ao calendário estabelecido com a Universidade.

A intervenção objetivou melhorar a Atenção à Saúde dos Usuários Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS Doutor Félix Bestene Neto, Xapuri/AC. Na UBS temos um número estimado de 651 usuários com hipertensão arterial sistêmica e 161 diabéticos. Conseguimos realizar nossa intervenção com um total de 132 usuários, onde destes 128 foram hipertensos, 41 diabéticos e 36 hipertensos e diabéticos.

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1: Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde com idade acima de 20 anos.

Indicador 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Na área de abrangência da UBS existem 651 usuários com HAS segundo a estimativa do VIGITEI de 2011. Destes, no início da intervenção, 185 já estavam cadastrados, mas precisávamos atualizar os cadastros destes usuários. Sendo assim, no primeiro mês de intervenção foram atualizados os cadastros de 43 (6,6%) usuários, no segundo mês, entretanto, foram cadastrados 72 (11,1%), no terceiro e último mês da intervenção conseguimos cadastrar 128 (19,7%) hipertensos.

Não conseguimos alcançar nossa meta estabelecida, pois o fator que contribuiu para isto foi o fato de não termos ACS e desta maneira, não realizamos a busca ativa destes usuários. O cadastramento inicialmente somente ocorreu com àqueles usuários que buscaram atendimento na UBS. Posteriormente, após a inclusão dos ACS, que foi em julho, conseguimos melhorar nossos indicadores (Figura 1)

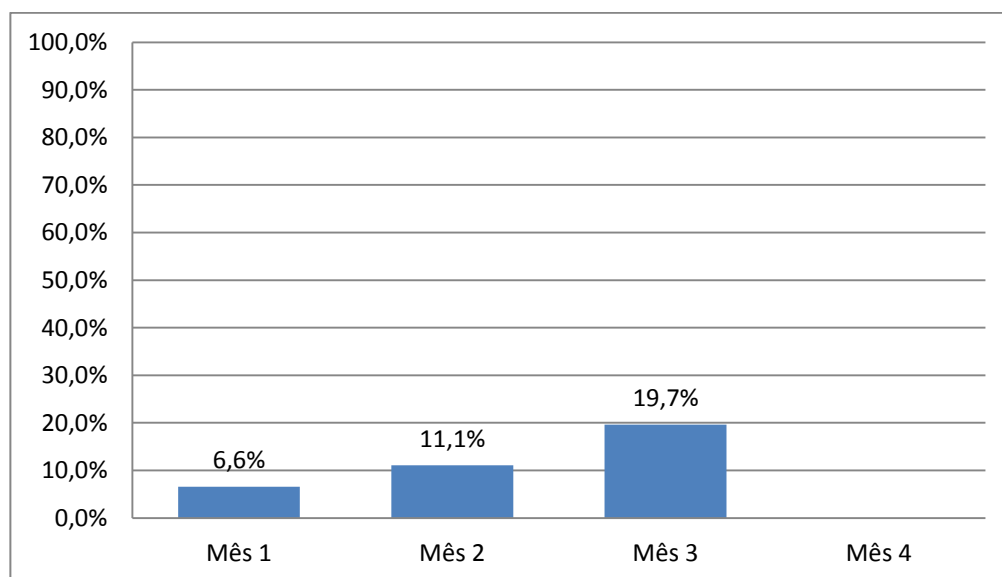


Figura1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso. UBS Felix Bestene Neto, Xapuri/AC.

Meta 2: Cadastrar 50 % dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Na área de abrangência da UBS existem 161 usuários com DM segundo a estimativa do VIGITEI de 2011. Destes, no início da intervenção, 22 já estavam cadastrados, mas precisávamos atualizar os cadastros destes usuários. Sendo assim, no primeiro mês de intervenção foram atualizados os cadastros de 17 (10,6%) usuários, no segundo mês, entretanto, foram cadastrados 26 (16,1%) e no terceiro e último mês da intervenção conseguimos cadastrar 41 (25,5%) diabéticos.

A meta que foi estipulada não pode ser alcançada por problemas como foi descrito anteriormente devido à falta dos ACS e da área correta de abrangência da nossa UBS. Acreditamos que com um pouco mais de tempo, conseguiremos atingir a meta proposta já que no momento contamos com agentes de saúde mapeando a área adstrita (Figura 2).

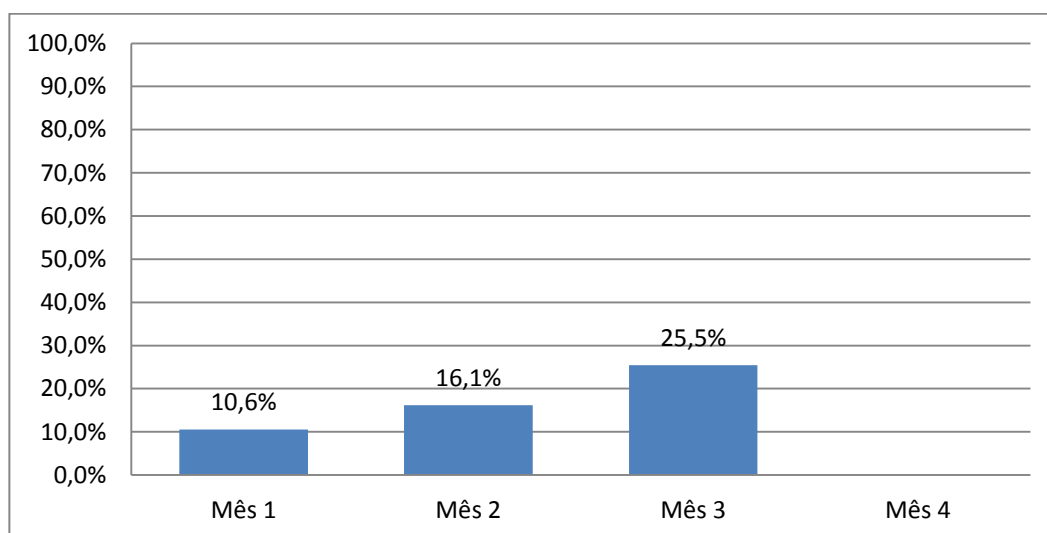


Figura2: Cobertura do programa de atenção ao diabético. UBS Felix Bestene Neto, Xapuri/AC.

Objetivo 2 Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

No primeiro mês realizamos exame clínico em 43 (100%) hipertensos, no segundo mês 72 (100%) e ao final do terceiro mês conseguimos 128 (100%) com a solicitação dos exames quando necessário.

Meta 2. 2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Dos 41 usuários diabéticos participantes da intervenção, todos foram examinados segundo os protocolos adotados pela unidade de saúde: com exploração dos sinais vitais; realização de teste rápido e exploração da sensibilidade e pulsos qual são de extrema importância explorar nos usuários diabéticos.

Assim, no primeiro mês obtivemos 17 (100%) diabéticos em dia com os exames clínicos, no segundo mês foram 26 (100%) e no terceiro chegamos a 41 diabéticos que corresponderam a 100%, atingindo nossa meta inicial.

Meta 2.3 Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

A realização dos exames complementares nestes usuários é de muita importância para tratar fatores agravantes que ocasionem descontrole nestas doenças. Exemplos destes exames são: a determinação da hemoglobina glicosilada, o colesterol, os triglicerídeos entre outros. Segundo os resultados destes exames, determinaremos a conduta a seguir e as orientações que a equipe de saúde fará para cada um de seus usuários.

A proporção de hipertensos com exames complementares em dia se demonstrou da seguinte maneira: no primeiro mês tivemos 15 (34,9%), no segundo mês 16 (22,2%) e no terceiro 30 (23,4%), não alcançando nossa meta inicial.

Isto ocorreu pois a grande maioria da população atendida na unidade é de nível social econômico baixo e não têm condições de custear seu exame particular. Além disto, o município não oferece os exames de acordo com o protocolo do MS. Isto foi relatado ao secretário de saúde, o qual ficou de ajudar na coleta e envio do sangue para capital, mas infelizmente não aconteceu. No final somente 23,4% conseguiram realizar o mesmo (Figura 3).



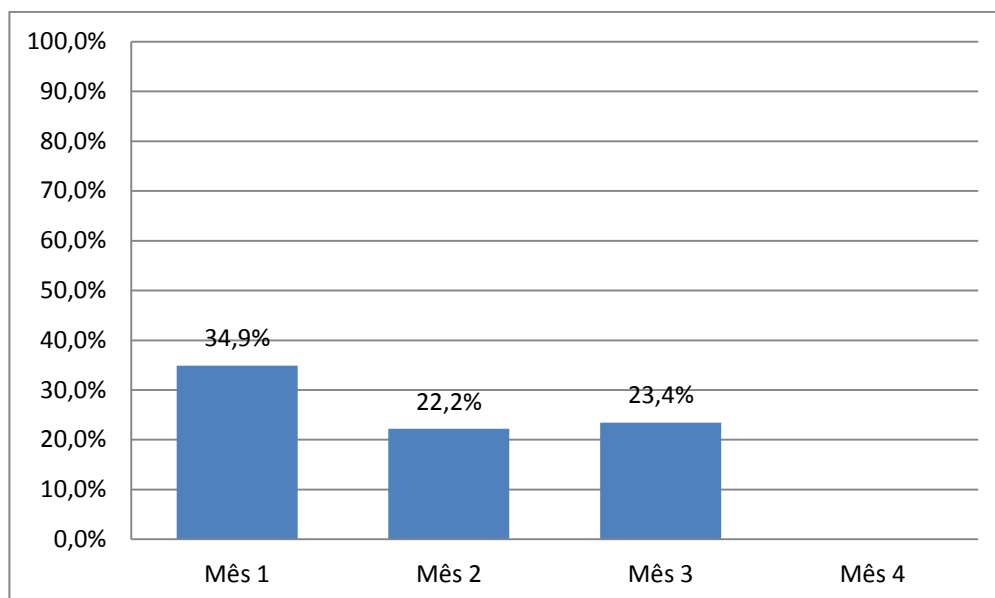


Figura 3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. UBS Felix Bestene Neto, Xapuri/AC.

Meta 2.4 Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Esse indicador foi um pouco melhor, pois no começo podíamos realizar quase todos os exames, mas com o passar do tempo não conseguimos alcançar a meta pelo fato do município não ter na rede SUS um laboratório que esteja com todo o suporte para realizar os exames segundo protocolo. Além disto, nossa população é, em sua maioria, de baixa renda, então a opção de realizar os exames em laboratórios particulares não é viável.

A proporção de diabéticos com exames complementares em dia, de acordo com protocolo, se comportou da seguinte maneira: no primeiro mês foram 10 (58,8%), no segundo mês se manteve os mesmos 10 (38,5%) e no terceiro mês 11 (26,8%) diabéticos com exames em dia de acordo com o protocolo (Figura 4).

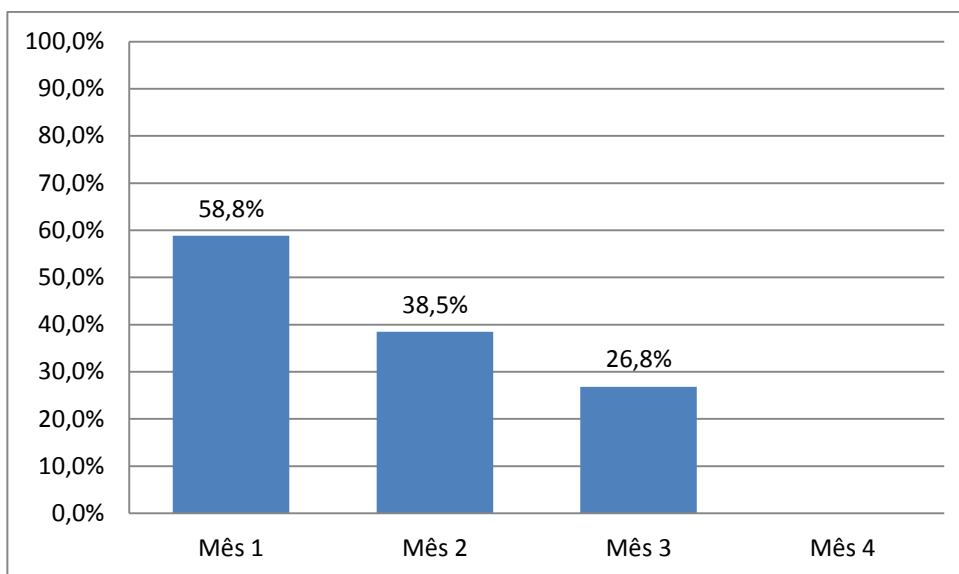


Figura 4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. UBS Felix Bestene Neto, Xapuri/AC.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

O resultado foi excelente, pois todos os medicamentos prescritos tinham na farmácia popular. Isso foi de grande ajudar para estabilizar a patologia de cada um, a porcentagem chegou a 100% nos três meses da intervenção. Conseguimos garantir o tratamento com remédios oferecidos pela farmácia do SUS e alguns que não sabia que seus medicamentos tinha na farmácia popular, foram orientados a realizar suas carteirinha para uso contínuo dos seus medicamentos.

No primeiro mês prescrevemos medicamentos para 43 (100%) hipertensos, no segundo mês foram 72 (100%) e no terceiro mês 128 (100%)

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Os participantes da intervenção tiveram e têm seus medicamentos garantindo pela rede do SUS pela farmácia popular. Conseguimos manter 100%

desta meta nos três meses de intervenção. Resultado ótimo e que com certeza melhora a qualidade e estilo de vida de nossos usuários, diminuindo risco cardiovascular dos mesmos.

No primeiro mês prescrevemos medicamentos para 17 (100%) diabéticos, no segundo mês foram 26 (100%) e no terceiro mês 41 (100%)

Meta 2.7: Consumar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7 Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

No atendimento odontológico na intervenção, enfrentamos sérios problemas. No começo os mesmo estavam sendo avaliados pelo especialista da área e tratados, mas a dentista saiu de férias e após licença por um período longo e o município não tinha outra dentista para colocar no seu lugar. Após o retorno da dentista, tivemos problema com a cadeira odontológica que quebrou e assim ficou difícil o atendimento e a realização dos procedimentos. Como a maioria da população é de nível socioeconômico baixo, não poderiam buscar outra forma de atendimento. Este caso foi discutido com secretário de saúde, o qual ficou de buscar a solução do problema, que só foi resolvido com o término da intervenção. Com isso, não alcançamos a meta de 100% somente chegamos a 48,4%.

Começamos o primeiro mês com 35 (81,4%) usuários com avaliação de necessidade de atendimento odontológico entre os hipertensos cadastrados, no segundo mês 62 (86,1%) e terminamos o terceiro mês com os mesmos 62 (48,4%) dos usuários hipertensos (Figura 5).

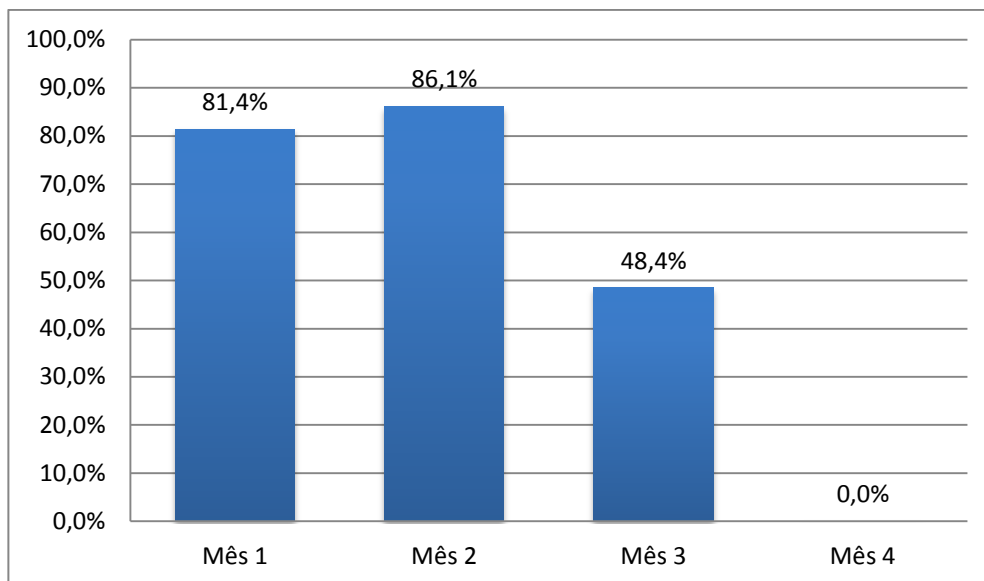


Figura 5: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. UBS Felix Bestene Neto, Xapuri/AC.

Meta 2.8: Efetuar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Na avaliação odontológica dos diabéticos, o resultado foi parecido com o dos hipertensos, pois aqui tivemos os mesmos problemas.

Começamos com 17 (100%) usuários com avaliação de necessidade de atendimento odontológico, no segundo mês 24 (92,3%) e finalizamos no terceiro mês com os mesmos 24 (58,5%) (Figura 6).

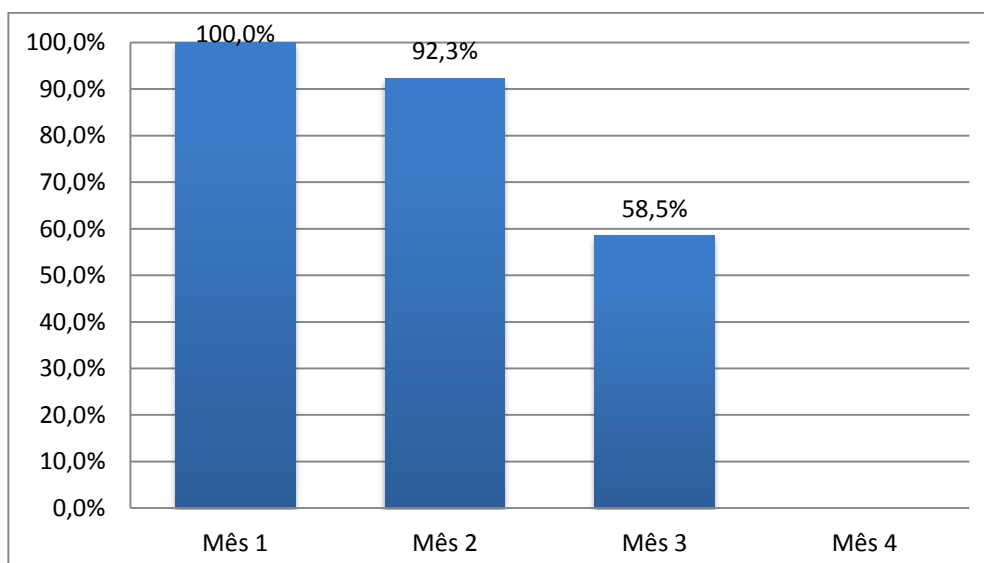


Figura 6: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de

atendimento odontológico. UBS Felix Bestene Neto, Xapuri/AC.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

A busca de hipertensos faltosos às consultas foi um problema que tivemos nas consultas, em primeiro lugar sempre tivemos uma quantidade de números de usuários segundo a secretaria de saúde, mas não tínhamos uma área de abrangência nem mesmo os ACS para realizar a busca ativa dos usuários com essa patologia nas comunidades. No começo passamos por problema sério. Assim a equipe sugeriu realizar um livro com os usuários que estavam sendo atendidos, com número, endereço para quando faltar às consultas serem avisado pela técnica de enfermagem. Com isto conseguimos começar a intervenção e logo depois, com 4 ACS foi mais fácil, pois os mesmos nos entregavam a lista com nomes e endereço, além de realizar os agendamentos das consultas. Para os que não vinham a consulta, os ACS iam às casas para realizar busca ativa de faltoso nas consultas. A grande maioria é de zona rural de difícil acesso. No começo o número foi muito pequeno por problemas relatados anteriormente logo após subiu, mas mesmo assim não conseguimos atingir a metas, uma vez que ainda temos área com agentes novos e em remapeamento.

Assim, podemos observar que iniciamos com 1 (5,6%), no segundo mês foram 24 (58,5%) e concluímos com 72 (80,9%) (Figura 7).

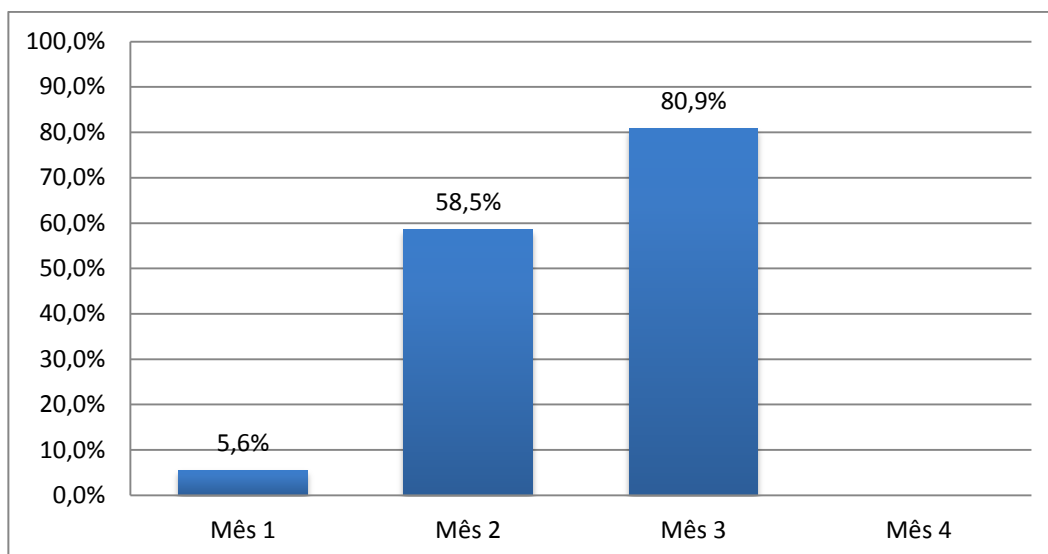


Figura 7: Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa. UBS Felix Bestene Neto, Xapuri/AC.

Meta 3.2: Procurar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Na busca ativa dos diabéticos faltosos às consultas, foi o mesmo caso relatado com os hipertensos, mas conseguimos alcançar uma porcentagem de 67.9%. No primeiro mês não tivemos nenhum faltoso, no segundo mês forma 7 (43,8%) e terminamos com o atendimento de 19 (67,9%) (Figura 8).

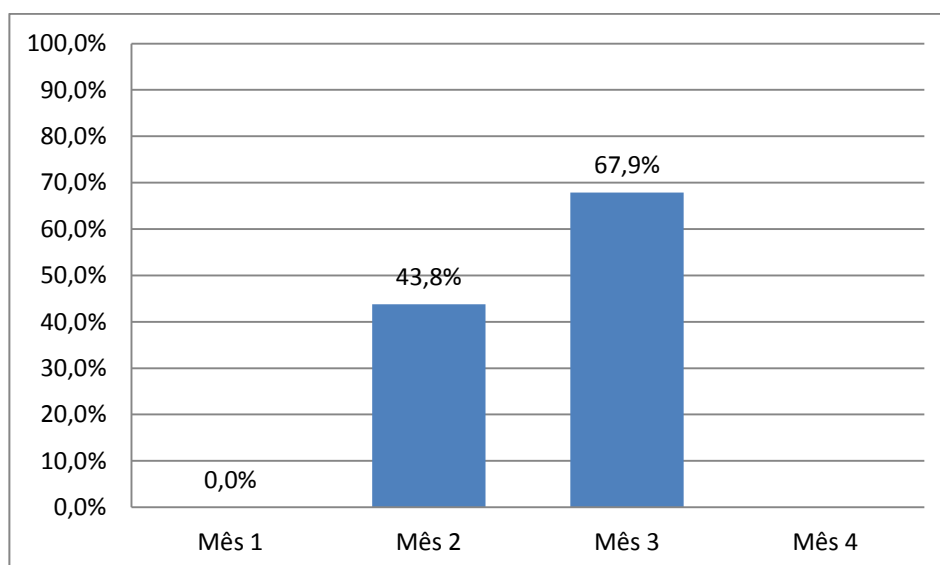


Figura 8: Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa. UBS Felix Bestene Neto, Xapuri/AC.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Conseguimos um bom resultado no registro adequado na ficha de acompanhamento já que todos que eram atendidos na unidade eram cadastrados. Logo após, com a chegada dos ACS, conseguimos uma meta de 100% de cobertura com o preenchimento correto das fichas e prontuário atualizados.

No primeiro mês foram 43 (100%) hipertensos, no segundo mês foram 72 (100%) e no terceiro mês 128 (100%)

Meta 4.2: Preservar ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Todos os diabéticos acompanhados tiveram suas fichas preenchidas adequadamente. No primeiro mês foram 17 (100%) diabéticos, no segundo mês foram 26 (100%) e no terceiro mês 41 (100%)

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Com a capacitação da enfermeira e da equipe na realização da estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, a intervenção foi bem sucedida. Cumprimos a meta de 100% das consultas realizadas na unidade. Todos os usuários foram receber um exame físico rigoroso.

No primeiro mês foram 43 (100%) hipertensos, no segundo mês foram 72 (100%) e no terceiro mês 128 (100%)

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Em todos nossos usuários diabéticos foi realizada a estratificação do risco cardiovascular, sem nenhuma dúvida a capacitação que a equipe recebeu sobre esse tema foi crucial para obtenção da porcentagem 100%.

No primeiro mês foram 17 (100%) diabéticos, no segundo mês foram 26 (100%) e no terceiro mês 41 (100%)

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Todos os usuários hipertensos foram avaliados para o índice de massa corporal continuamente, para que possamos orientar adequadamente a forma de alimentação adequada e assim, diminuir seu risco de obesidade ou complicações de suas doenças com outras. No primeiro mês foram 43 (100%) hipertensos, no segundo mês foram 72 (100%) e no terceiro mês 128 (100%).

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Foi um resultado difícil conseguir que usuários diabéticos cumprissem com uma dieta controlada, mas com a equipe ajudando através de palestra e as orientações, os usuários foram se conscientizando que uma boa alimentação é fundamental para garantir sua prolongação de vida saudável sem complicação.

No primeiro mês foram 17 (100%) diabéticos, no segundo mês foram 26 (100%) e no terceiro mês 41 (100%).



Meta 6.3: orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Conseguimos atingir 100% dos usuários nos três meses da intervenção. Todos os usuários se sentiram estimulados a realizar práticas de exercício físico, pois viram que é uma ferramenta que podem utilizar para melhorar a qualidade de vida. O município de Xapuri criou um centro recreativos para atividades de usuários com HIPERDIA que será logo inaugurado. Realizamos na unidade atividades como dançoterapia e exercícios físicos com a presença de educador físico. Tivemos somente dois usuários que não puderam realizar atividades, uma porque está operada, e a outra por ter problema visual, mas o ACS está realizando caminhadas com ela todos os dias em horário da manhã.

No primeiro mês foram 43 (100%) hipertensos, no segundo mês foram 72 (100%) e no terceiro mês 128 (100%).

Meta 6.4: orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Também obtivemos 100% de orientação as prática de atividade física. No primeiro mês foram 17 (100%) diabéticos, no segundo mês foram 26 (100%) e no terceiro mês 41 (100%).

Meta 6.5: Segurar orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.5: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Estivemos trabalhando com os usuários sobre risco do tabagismo, onde conseguimos levar até eles o mal que gera uma dependência. Também orientamos que eles poderiam ter ajuda com psicóloga para retirar esse vício. Realizamos e palestras utilizando aparelho de áudio visual.

No primeiro mês foram 43 (100%) hipertensos, no segundo mês foram 72 (100%) e no terceiro mês 128 (100%).

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.6: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

No caso dos diabéticos obtemos um ótimo resultado ao chegar a 100% de usuários com orientações sobre os riscos do tabagismo igual a hipertensos. No primeiro mês foram 17 (100%) diabéticos, no segundo mês foram 26 (100%) e no terceiro mês 41 (100%).

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

A meta de orientação foi feita com a equipe de saúde bucal através de palestra com o áudio visual e orientação de como diminuir o risco de Cárie dental ou abscesso que podem levar a uma infecção bucal, além de apresentarmos a forma adequada de escovar os dentes.

No primeiro mês foram 43 (100%) hipertensos, no segundo mês foram 72 (100%) e no terceiro mês 128 (100%).

Meta 6.8: Propiciar orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Assim como os hipertensos, conseguimos atingir 100% durante os três meses de intervenção. Temos de ter conta que usuários diabéticos precisam ter uma boa higiene bucal para evitar sepse e posterior complicação, como diagnóstico de câncer bucal.

No primeiro mês foram 17 (100%) diabéticos, no segundo mês foram 26 (100%) e no terceiro mês 41 (100%).

## **4.2 Discussão**

A intervenção que aconteceu na unidade de saúde Felix Bestene Neto, foi um estímulo o qual facilitou o acesso dos usuários portadores de HAS e DM. A partir

destas ações, os mesmos puderam disfrutar de um melhor atendimento médico e de qualidade beneficiando a melhoria da saúde. A equipe ganhou conhecimento técnico e capacidade de resolução das problemáticas dos usuários da unidade que busca informação, bem como passou a ajudar a médica, uma vez que vários membros da equipe aprenderam a fazer avaliação do risco cardiovascular atendendo ao escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvos.

O trabalho foi realizado sempre em equipe, e assim o avanço foi muito maior, pois não somente o médico seria a pessoa mais procurada para ajudar, mas também a equipe unida pôde realizar um melhor trabalho, não sobrecarregando o médico. Foi uma conquista de muito esforço, compreensão e até mesmo tolerância dos mesmos, onde cada membro da equipe sabe da sua função, suas responsabilidades e funções. Conseguimos obter a confiança dos usuários, demonstrando que somos os principais responsáveis pela vida dos mesmos.

Não é somente o médico que é o responsável pelo controle integral e organização das atividades educativas, e sim a equipe toda. A enfermeira como coordenadora da unidade de saúde, tem a função de sustentar a logística. Os técnicos de enfermagem supervisionam todo tipo de elementos necessários para o melhor funcionamento da unidade; os ACS constituem o ponto vital na comunicação e inter-relacionamento com a comunidade e unidade de saúde, pois é nossa principal forte de entrada, são nossos olhos na comunidade.

Antes de implementar a intervenção, toda a prática na UBS era efetivada e centralizada no médico, não existia outra alternativa. Os trabalhadores eram incapazes de solucionar um problema se não fosse com o médico. Hoje estão totalmente diferente, os usuários não demandam mais o médico a todo o momento, entendendo que qualquer membro da equipe pode resolver sua demanda.

Revertemos essa situação e como já comentávamos, todos os membros da equipe são conscientes de seus deveres e responsabilidades e em concordância com estes, cada um tem uma gama de atividades a cumprir. O resultado percebe-se tanto nas ações de caráter individual como naquelas que exigem a participação de todos. Hoje todos os membros participam da realização dos elementos essenciais do exame físico que permitem identificar potenciais complicações. Ainda quando o e-SUS não se encontrava implantado em 100%, conseguimos uma qualidade na organização e armazenamento das informações. Foi possível após esta intervenção

identificar os usuários hipertensos e diabéticos dentro da grande massa que compõe a população.

Toda segunda-feira na parte da tarde é realizado a consulta de atendimento priorizado de hipertensos e diabéticos. Este processo de aceitação foi lento no começo, bastante criticado, mas logo foi aceito quase que 100%, porque o serviço foi organizado, com acolhimento e com consultas agendadas, deixando a população mais feliz, uma vez que não precisava mais chegar às 5 da manhã como antes para receber a bendita ficha de atendimento médico.

Nosso próximo foco será com a implantação do NASF, melhorar a qualidade geral do serviço prestado aos usuários com problemas de abuso de álcool e drogas, com apoio da psicóloga e grupo de apoio que será montador para esta atividade.

No caso se fosse realizar a intervenção hoje seria bem mais fácil, pois agora já tenho ACS e poderia realizar uma estimativa exata de quantidade de população que minha área de abrangência com número de hipertensos e diabéticos e assim ter uma meta com número exato de usuários. Se nós possuíssemos os ACS desde o início da intervenção, poderíamos realizar mais visitas domiciliares periodicamente, principalmente naqueles usuários que nunca fizeram acompanhamento médico porque moram muito distantes e não podem sair da sua localidade por falta de recurso.

## 5 Relatório da intervenção para gestores

Excelentíssimo Senhor Secretário de Saúde do Município de Xapuri.

Venho através deste, descrever a respeito da intervenção realizada na UBS sobre prevenção e controle de hipertensão arterial e diabetes mellitus no município.

Optamos por realizar estas ações de saúde aos portadores destas duas patologias pela experiência vivida na UBS no meu cotidiano onde via a grande quantidade de usuários que buscavam atendimento com suas patologias descompensadas que não sabia nada de suas doenças. Assim, não podiam ter uma vida mais saudável e digna com menor risco de mortalidade.

Quando comecei a realizar alguns questionários que a UFPel disponibilizou, podia ver ainda mais a importância da intervenção nestas duas patologia, além de ver que a unidade não estava desempenhando sua função como prevenção e promoção de saúde como manda o protocolo. Diante dessa debilidade seria nossa obrigação começar a trabalhar para que a unidade de saúde realizasse seu trabalho para promover ações de saúde para os usuários da área de abrangência. Assim como, percebi a necessidade de melhorar a qualidade dos atendimentos clínicos e a adesão desse grupo às ações da unidade básica de saúde.

Esta intervenção está vinculada à Especialização em Saúde da Família da UFPel, e foi implementado na nossa UBS com o apoio da equipe, trabalhando em conjunto para uma melhoria da atenção ao usuários, propiciando ampliar a cobertura de atendimento de forma humanizada, com agendamento de consultas e realizações de ações que ofereçam cada vez mais melhoria de vida dos usuário com essas doenças crônicas.

O cadastramento de usuário maior de 20 anos da área de cobertura foi realizado pela equipe, tanto nas consultas semanais quanto nas visitas domiciliares.

Realizamos uma análise situacional da unidade de saúde Felix Bestene Neto, onde os dados foram fornecidos pelo SIAB do município. Não contamos com uma estimativa correta, pois os dados são velhos e desatualizados. Assim, a população não corresponde com os dados levantados com os ACS, dados quais servem para as duas equipes que trabalham na UBS. Esses foram um dos motivos que nos levou a realizar esta intervenção e assim induzir a melhoria dos atendimentos prestados ao usuário com hipertensão e diabetes.

Apesar de todas as dificuldades que tivemos tanto do ponto de vista climáticos como até mesmo a falta de membros da equipe que nos levou a ter dificuldades para coletar informação, podemos dizer que parte das metas foram alcançadas, já que dentro dessas dificuldades, tivemos muita união e força de vontade para atingir todas as metas estabelecidas. Antes de iniciar a intervenção segundo dados fornecido pelo VIGITEL tínhamos 651 pessoas com hipertensão e 161 com diabetes, muito acima dos 185 usuários com HAS e 22 usuários com diabetes mellitus segundo o SIAB. Isto acontece, pois como não contamos com os ACS, não sabemos o número correto de hipertensos e diabéticos existentes na nossa área. Através da intervenção, conseguimos atingir uma cobertura de 128 (19,7%) hipertensos e 41 (25,5%) diabéticos. Sabemos que não alcançamos a meta que era de 50% tanto de diabéticos como de hipertensos devida a grande enchente que tivemos em nossa região, que trouxe como consequências, doenças epidemiológicas para nosso município. Assim a equipe de saúde da família teve que se afastar um pouco da intervenção neste período. Outra barreira que tivemos foi a falta de ACS no início da intervenção.

Realizamos palestra capacitando e elevando o nível de conhecimento da equipe e perfeiçãoando os espaços de HIPERDIA, realizando visitas domiciliares diferenciadas e aproveitando ao máximo as atividades de grupo. A principal conquista da intervenção consiste em ter incorporado a mesma à rotina do serviço e consequentemente, ter garantido aos nossos usuários os três pilares do êxito - atendimento planejado, acesso aos tratamentos certos e orientação na prática de exercícios físicos. Hoje nossos hipertensos e diabéticos tem um melhor controle de suas doenças, graças ao conhecimento que adquiriram ao longo da intervenção. Estes não buscam atendimento médica somente quando estão doentes, mas sim para prevenir essas doenças, modificando seu modo e estilo de vida, mostrando

como a medicina de prevenção funciona e pode melhorar a vida dos usuários que buscam ajudar para uma vida mais saudável.

Todas as segundas-feiras no turno da tarde são realizadas as consultas à população com o atendimento priorizado de hipertensos e diabéticos. Sinto-me realizada em ter conquistado um espaço específico para hipertensos e diabéticos e ter auxiliado na melhoria da saúde destes usuários. Observando esses resultados, percebemos que temos muito que trabalhar em conjunto com nosso gestor para melhorar ainda mais a qualificação do serviço e a ampliação das ações programática.

## **6 .Relatório da Intervenção para a comunidade**

Meu nome é Luana Cristina de Freitas Jerônimo, sou médica do Programa mais Médico do município de Xapuri da Unidade de Saúde Felix Bestene Neto da equipe 1, a UBS possui 2 equipes.

Nos últimos meses me dediquei à realização da intervenção em conjunto com a equipe a qual realizou um excelente e gratificante trabalho. A mesma foi e ainda está sendo baseada em uma estratégia de prevenção e promoção de saúde com usuários de doenças crônicas diabetes mellitus e hipertensão arterial. Nesta, participaram mulheres e homens em idade acima de 20 anos. A seguir farei um relato dos resultados alcançados com esse projeto.

Essa intervenção foi realizada em um período inicial de 12 semanas com o objetivo de melhorar a atenção à saúde da pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus atendidas na unidade de saúde. O nosso trabalho foi intenso e continuado, mas sem dúvida, resultou em benefício para todos os que procuravam a UBS.

Brevemente antes de começar o relato, gostaria de apresentar o motivo que me levaram a trabalhar com este público. Na unidade não tínhamos registro do quantitativo das patologias estudadas somente os dados fornecido pelo SIAB. Sempre soubemos que não era um número exato mais trabalhamos da mesma forma, porque tínhamos que ter um número para poder estabelecer as metas. Assim, ao ver o cotidiano, nos surpreendíamos muito com a quantidade de usuários que estavam com suas patologias descompensada por falta de assistência. Muitos deles sem tratamento porque não sabia das suas doenças, outros devido à má alimentação. Não tínhamos dados para o monitoramento adequado dos mesmos, para atuar na prevenção e intervir nas complicações, tivemos conquistas tais como a criação de uma equipe saúde da família que não tinha antes da intervenção,



agendamento de consulta 1 vez na semana para os diabéticos e hipertensos onde ademais de realização de exame físico também renovamos a receita e encaminha ao especialista e solicita exame, criação de um grupo de hipertensos e diabéticos onde realizamos educação para saúde e dando orientação e conhecimento sobre sua doença, garantíamos a entrega dos medicamentos que eles necessitam na própria unidade básica, temos um dia na semana para atendimento de hipertenso e diabético para realizar procedimentos saúde bucal, todas essas ações são ofertadas para uma melhor qualidade de vida da comunidade.

Pensando em ampliar e qualificar os atendimentos a estes usuários, realizamos o cadastramento dos mesmos. No começo foi bem difícil já que não tínhamos com ACS nem com uma estatística exata de quantidade de usuários com estas patologias. Começamos do zero todo aquele usuário que era atendido na unidade de saúde era realizado seu cadastro com nome, endereço, telefone para termos maior controle e para realizar busca ativa dos faltosos às consultas. Conteí com ajuda de dois ACS do bairro da Bolívia onde realizei maior parte da intervenção. Logo após, recebemos dois agentes da zona rural. Atualmente tenho 12 ACS, e já posso fazer um levantamento de dados exatos de quantidade da população da área de abrangência, isso graças à intervenção, pois o gestor do município viu a importância do trabalho na comunidade. Assim, conseguimos atingir uma cobertura de 128 (19,7%) hipertensos e 41 (25,5%) diabéticos.

Ampliamos a agenda de consultas médicas para os usuários com diabetes e hipertensão cadastrados. Estes agendamentos facilitavam a vida dos usuários, pois os mesmos se sentiam mais confiantes em vir à unidade no seu dia para serem ouvidos e atendidos com prioridade e qualidade nas consultas. As visitas domiciliares eram um problema maior, uma vez que os usuários eram da zona rural e não tínhamos transporte para realizar visitas todas as semanas. Gostaria de dizer também que a grande maioria dos usuários são pessoas de bairros humildes, com nível socioeconômico baixo que necessita de atendimento médico gratuito do SUS. Por isso, tivemos muitas dificuldades para realizar os exames nos usuários, pois o município não tem todos os exames que são necessários para avaliar o funcionamento dos órgãos nos usuários com diabetes e hipertensão.

Em vista disso, falamos diversas vezes com o gestor para priorizar os casos desses usuários, buscar soluções para facilitar a realização desses exames durante

a intervenção. Apesar das dificuldades iniciais, agora já podemos pedir os exames, que são realizados na cidade. Dispomos de transporte da secretaria de saúde.

Os atendimentos seguem o protocolo do MS, implantamos as fichas espelho para melhorar os registros e assim poder monitorar e avaliar as ações desenvolvidas.

Conseguimos melhorar muito a saúde dos usuários da UBS junto com a equipe a qual teve um grande trabalho para o resultado desse processo. Mesmo àqueles que não tinham condições de chegar até a unidade, realizávamos as consultas nas residências, como o caso do bairro da Bolívia.

Apesar dos resultados esperados tivemos muitas dificuldades, mas que com trabalho em equipe conseguimos realizar as ações como as avaliações odontológicas por causa da cadeira que esteve quebrada no processo, mas que a colega realizava ações de prevenção com palestra e educação em saúde aos usuários da UBS. A cooperação da população foi decisiva no êxito, os líderes nos apoiaram sempre e colaboraram para as experiências em liderança e condução de processos por parte da equipe.

## **7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem**

Terminamos este projeto de intervenção com muitas dificuldades, mas com ótimos resultados, para os usuários que buscavam ajudar na nossa unidade de saúde Felix Bestene Neto. No começo com muitas expectativas e também muitas dúvidas e medo sobre como seria realizado e aceito pela população a intervenção. Até mesmo a equipe que jamais havia trabalhado com saúde da família. Mas com a ajuda da universidade que a cada semana nos ofertavam com algo novo, novos conhecimentos básicos sobre atenção primária, fomos melhorando e aperfeiçoando o conhecimento, para assim ajudar minha equipe com informações que pudesse favorecer nesse trabalho.

Tivemos muitos problemas em trabalhar na comunidade, pois no começo não tínhamos ACS e nem área de abrangência. Isso dificultou um pouco nosso trabalho para cumprir as metas, mas foi processo de aprendizagem tanto para população como também para os membros da equipe de saúde.

Surpreendi-me, pois como já era formada em medicina da família em Cuba, pensei que sabia de tudo, porém essa especialização fez me dar conta que os meus conhecimentos não eram suficientes para trabalhar sem a ajuda e apoio dos professores orientadores. Os casos interativos, os estudos de prática clínica e os testes de qualificação cognitivas aumentaram os meus conhecimentos para serem usados no nosso dia a dia com a população que estava tão necessitada de atenção de qualidade nas unidades de saúde.

Quanto às tarefas realizadas no curso, apesar de meus conhecimentos tive muitas dificuldades, não posso negar por isso a grande importância dos professores que nos ajudava em orientação sobre as atividades, as dúvidas e erros, pois como brasileira que sou, mas passei grande parte da minha vida em país de língua espanhola e meu português me deixa muito a desejar.

Agradeço minhas professoras, porque nesta etapa tive duas orientadoras que me ajudaram muito, ainda tenho dificuldades. O curso foi um grande aporte para mim enquanto profissional de saúde, pois foi um suporte técnico para poder enfrentar essa grande caminhada que foi atuar no Brasil como médica. Também pude conhecer alguns protocolos e leis que desconhecia, onde contribuíram para assistir nossos usuários. Tive uma noção de diferentes protocolos, como de hipertensão e diabetes, prevenção de câncer de colo de útero e de mama, saúde da criança, atendimento pré-natal, atendimento domiciliar, conselho de saúde, princípios e diretrizes do SUS entre outros. Estes elementos foram muito importantes para minha atuação dentro da equipe e meu relacionamento com os usuários e com os membros da comunidade.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** diabetes mellitus. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_36.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_37.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf)

IBGE. Censo 2010 - População por domicílio. 2010. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/>>. Acesso em: 27 set. 2014.

## **Apêndice**

## Apêndice A - Diversas ações realizadas durante a intervenção







## **Anexos**

**Anexo A - Documento do comitê de ética**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

---

OF. 15/12  
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>  
Pro<sup>fa</sup> Ana Cláudia Gestal Fassa

*Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde*

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

*Patricia Abrantes Duval*  
Patricia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

## Anexo B - Planilha de coleta de dados

2014\_11\_06 Coleta de dados HAS e DM [Somente leitura] [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel uso não comercial

Arquivo Página Inicial Inserir Layout da Página Fórmulas Dados Revisão Exibição

Calibri 11 A A

Fonte Alinhamento Número

Formatação Condicional Formatar como Tabela Estilos de Célula

Inserir Excluir Formatar

AutoSoma Preencher Limpar Classificar e Filtrar Localizar e Selecionar

C4

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1																		
Indicadores para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamento?	Todos os medicamentos são da lista do Hipertensão ou da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do uso de álcool?
1	1			0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não
2	2			0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não
3	3			0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não
4	4			0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não
5	5			0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não
6	6			0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não
7	7			0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não
8	8			0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não
9	9			0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não
10	10			0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não
11	11			0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não
12	12			0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não
13	13			0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não
14	14			0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não
15	15			0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não
16	16			0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não
17	17			0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não
18	18			0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não
19	19			0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não
20	20			0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não
21	21			0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não
22	22			0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não
23	23			0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não	0 - Não

Pronto Apresentação Orientações Dados da UBS Mês 1 / Mês 2 / Mês 3 / Mês 4 / Indicadores

60%

19:31 23/08/2015

